


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**O PAI COMO FOCO CENTRAL NO PROCESSO DE NASCIMENTO: UMA  
PROPOSTA ASSISTENCIAL BASEADA NA TEORIA TRANSCULTURAL DE  
MADELEINE LEININGER.**

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0370  
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0370  
Autor: Rossi, Cassiane de  
Título: O pai como foco central no proce



972493057 Ac. 241635

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2004.

**CASSIANE DE CAMPOS ROSSI**

**PRISCILA ANDRADE**

**O PAI COMO FOCO CENTRAL NO PROCESSO DE NASCIMENTO: UMA  
PROPOSTA ASSISTENCIAL BASEADA NA TEORIA TRANSCULTURAL DE  
MADELEINE LEININGER.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada”  
pertencente à VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina

**ORIENTADORA:**

Prof<sup>ª</sup> Msc. Vitória Regina Petters Gregório

**CO-ORIENTADORA:**

Dra. Roxana Knobel

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof<sup>ª</sup> Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Enf<sup>ª</sup> Nezi Maria Martins

Enf<sup>ª</sup> Msc. Eli Rodrigues Camargo Siebert

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2004.



Foto: Anne Geddes

Fonte: [www.eusoudamamae.hpg.com.br](http://www.eusoudamamae.hpg.com.br)

**Dedicamos este trabalho aos nossos pais  
Alfredo e Carmen Rossi  
João e Vânia Regina Andrade,  
por tudo que nos proporcionaram.  
Sem vocês este sonho não seria realizado!**

## AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, professora Vitória Regina Petters Gregório, pelo carinho, pela atenção, dedicação, apoio e confiança a nós dispensados.

À nossa co-orientadora Dra. Roxana Knobel, pela disponibilidade e pelas contribuições para este trabalho.

Às nossas supervisoras de estágio Eli Rodrigues Camargo Siebert e Nezi Maria Martins, pela paciência, pelas contribuições e pela amizade.

À enfermeira Fátima Pacheco Pedroso, que muito nos ensinou durante o estágio, pela atenção e pela amizade.

Às enfermeiras Vânia, Jaqueline, Sônia, Elisete e Luciana, pelo acolhimento e disponibilidade em nos ensinar durante o estágio.

À professora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, pelo carinho e pelas contribuições para esse trabalho.

À toda a equipe do Centro Obstétrico, pela receptividade, pelo auxílio e pela amizade.

Aos pais e mulheres parturientes que participaram de alguma forma deste estudo, pela colaboração, aceitação e confiança. Sem eles nossos objetivos não teriam sido alcançados.

Ao grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, pela receptividade e confiança.

Aos colegas de turma pela amizade, companheirismo e pelos bons momentos que passamos juntos.



**Cassiane agradece...**

À Deus, meu criador, meu Melhor e mais Fiel Amigo, que me deu tudo o que tenho, que me abre as portas e ilumina meus caminhos, que nunca me abandona e me dá força e coragem para encarar os momentos de luta, que me dá saúde para correr atrás dos meus sonhos...

Aos meus pais, Carmen Maria de Campos Rossi e Alfredo Rossi, pela minha educação, por tudo que me proporcionaram, que muitas vezes renunciaram seus sonhos para que os meus sonhos fossem realizados. Sem vocês eu não chegaria até aqui. Amo vocês!

Ao meu noivo Cláudio de Pellegrini, por ter compartilhado comigo todos esses momentos, pelo carinho, apoio, compreensão e pelo "auxílio com o computador". Amo você!

Aos meus irmãos Angelo de Campos Rossi e Márcio de Campos Rossi e minha cunhada Simone Rossi, pelo apoio, incentivo e amizade.

Aos meus sobrinhos Henrique Rossi e Gabriel Rossi, meus lindinhos, por me proporcionarem momentos de alegria, distração e diversão.

À minha colega e amiga Priscila Andrade, pelos momentos de alegria e dificuldades que passamos juntas nesses quatro anos.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a concretização desse sonho.

**Priscila agradece...**

Aos meus pais João de Brito Andrade e Vânia Regina Andrade pelo incentivo e apoio na realização desse sonho.

Às minhas irmãs Sabrina Andrade e Bruna Andrade, pelos momentos de descontração e alegria durante toda a nossa vida.

Aos amigos pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

À Cassiane de Campos Rossi, pela amizade e carinho durante todos esses anos. Eu só poderia realizar esse trabalho com uma pessoa: você!

## RESUMO

Este trabalho trata-se do relato da prática assistencial realizada pelas autoras na última unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvida no período de 31 de março a 04 de junho de 2004, no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário-UFSC com participações no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC. Relata o cuidado desenvolvido junto aos pais acompanhantes das mulheres parturientes no centro obstétrico. Teve como objetivo conhecer como o pai vivencia o processo de nascimento e implementar cuidados ao pai, à mulher parturiente e ao recém-nascido, utilizando como referencial a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Implementaram-se cuidados de enfermagem a vinte e oito pais bem como às mulheres parturientes que cada pai acompanhava. Foram selecionados cinco pais com os quais realizamos o processo de enfermagem e escolhemos dois para descrever no trabalho. Este estudo mostra maneiras de se implementar cuidados ao pai no centro obstétrico, bem como enfatiza a importância da presença e participação do mesmo no processo de nascimento, buscando conhecer seus sentimentos, crenças e valores. Ao finalizar as autoras ressaltam que para se realizar um cuidado culturalmente congruente, deve-se respeitar e valorizar crenças e valores do pai e da mulher parturiente, oferecendo apoio, orientação, transmitindo confiança, segurança e incentivando a participação do pai no processo de nascimento, como forma de se estabelecer um vínculo precoce entre mãe, bebê e pai.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	17
3.1	A CULTURA NO PROCESSO DE NASCIMENTO	17
3.2	O HOMEM E A PATERNIDADE	21
3.3	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO	26
3.4	TRABALHO DE PARTO E ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO PARTO	31
3.5	TIPOS E POSIÇÕES DE PARTO MAIS COMUNS	45
3.6	PREPARAÇÃO DA MULHER PARTURIENTE PARA O PARTO	49
3.7	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO	51
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	60
4.1	CONHECENDO MADELEINE LEININGER	61
4.2	A TEORIA TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER	62
4.3	ALGUNS PRESSUPOSTOS DE MADELEINE LEININGER	65
4.4	CONCEITOS NORTEADORES DO ESTUDO	66
4.4.1	Ser Humano	66
4.4.2	Família	67
4.4.3	Ambiente/Sociedade	67
4.4.4	Saúde/Doença	68

4.4.5	Enfermagem .....	69
4.4.6	Enfermeira .....	69
4.4.7	Cultura .....	70
4.4.8	Cuidado Cultural .....	70
4.4.9	Processo de Nascimento .....	72
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>73</b>
5.1	LOCAL DE ESTUDO.....	73
5.2	SUJEITOS DO ESTUDO.....	75
5.3	MÉTDO DE COLETA E REGISTRO DOS DADOS .....	75
5.4	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	76
5.5	PLANO DE AÇÃO .....	78
<b>6</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>80</b>
<b>7</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>159</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>162</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>166</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>173</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>183</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Um Projeto Assistencial de Enfermagem é desenvolvido e implementado para que o acadêmico tenha a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos e aprimorar habilidades na área escolhida, relacionando-os com o tema proposto, seguindo um referencial teórico. Este deve ser implementado durante a prática assistencial e apresentado à disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada”, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem.

O interesse em atuar tendo o pai como foco central no processo de nascimento, surgiu a partir de experiências vivenciadas pelas autoras no decorrer da vida acadêmica. Enquanto cursávamos a sexta unidade curricular do curso de Graduação em Enfermagem, durante uma discussão em sala de aula onde se compartilhavam idéias e experiências, manifestamos, perante a turma, vontade de desenvolver um projeto assistencial em centro obstétrico. Uma colega de disciplina, que cursava a oitava fase e desenvolvia seu projeto nessa área, comentou sobre uma enfermeira na cidade de Joinville (SC), que estava trabalhando com a questão da participação do pai na sala de parto.

Foi na sétima fase, durante o estágio da disciplina de Enfermagem Obstétrica no centro obstétrico, que iniciamos nossas idéias ao presenciarmos, em todas as ocasiões em que a mulher parturiente estava acompanhada de seu companheiro (o pai do bebê), um homem excluído do processo, ansioso, amedrontado, calado, sem saber o que fazer para ajudar, enquanto sua companheira vivenciava o trabalho de parto.

Hentchel et al (1993) dizem que a família é um sistema organizado, composto de subsistemas, que se relacionam e que a experiência de uma gestação envolve todo o grupo

familiar. O que víamos freqüentemente, no entanto, era a figura paterna excluída deste processo, onde apenas à mulher era dado o direito de vivenciar o desenvolvimento e o nascimento de seu filho. Existem relatos de que no passado, quando os partos eram domiciliares, o pai freqüentemente participava do parto, dando apoio a sua companheira e vivenciando os primeiros momentos de seu filho. Percebemos que hoje, em algumas maternidades, a figura paterna ainda não recebe a atenção que deveria por parte da equipe de saúde, sendo, muitas vezes, excluída deste processo.

A partir de então nos questionávamos: como o pai vivencia este momento? Por que o pai é excluído do processo de nascimento? Como podemos inseri-lo neste processo?

Maldonado (1981) diz que o homem vivencia ansiedades em relação ao parto devido ao medo do desconhecido, da imprevisibilidade e do risco.

Abreu e Souza (1999) afirmam que ridicularizamos as manifestações do pai durante a espera do parto.

Achamos, então, que assistir ao pai durante o processo de nascimento torna-se de grande importância, para identificar seus medos, para que estes sejam diminuídos e para que ele seja tranquilizado. Acreditamos que um pai nervoso, ansioso e com medo pode transmitir esses sentimentos à mulher parturiente, interferindo negativamente sobre todo o esforço da equipe de enfermagem para mantê-la tranqüila durante o trabalho de parto.

Alguns autores, como Odent (2000) e Dale (2004), declaram-se, em algumas situações, contra a presença do pai ou outro acompanhante no centro obstétrico. O primeiro refere que o ambiente de germes da mãe já é familiar ao bebê, porque compartilham os mesmos anticorpos e, sendo assim, a partir de um ponto de vista bacteriológico, o recém-nascido humano precisa urgentemente estar em contato apenas com a sua mãe. Diz ainda que, se a interação entre mãe e bebê é perturbada por uma terceira pessoa, a mãe não liberará ocitocina num nível suficiente, podendo complicar o período de dequitação. O outro autor diz

que deve valer a vontade da mãe e não acredita que a presença paterna traga alguma vantagem para o bebê, além de que a movimentação dentro da sala de parto atrapalha a equipe e coloca em risco os cuidados de esterilização.

O Estado de Santa Catarina se destaca, desde a década de 90, pela iniciativa de permitir e incentivar a presença de um acompanhante durante toda a internação da mulher parturiente na maternidade, sendo o Hospital Universitário - UFSC uma das instituições que valorizam esta participação, conforme escrito na Filosofia da Maternidade, a qual diz que na atenção à saúde da mãe, do recém-nascido e da família, na gravidez, parto e puerpério, considera-se a importância do papel do pai, sua presença e participação. Para Brasil (2001), a presença de um acompanhante no centro obstétrico oferece maior tranquilidade e segurança, além de representar o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para estimular positivamente a mulher parturiente e para que esta não fique cercada apenas de pessoas estranhas. Todas as mulheres devem ter um “suporte”, ou seja, um acompanhante, durante o trabalho de parto e parto (HODNETT et al, 2004). Existe um Projeto de Lei do Senado (Anexo A), de autoria da Senadora Ideli Salvatti, que concede às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o processo de nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Assim, optamos por desenvolver nosso projeto assistencial no Centro Obstétrico da maternidade do Hospital Universitário –UFSC, por ser este um Hospital-Escola, que tem como filosofia a humanização da assistência à mulher, ao recém-nascido e à família, permitindo que o pai ou o acompanhante que a mulher desejar possa participar de todo o processo de nascimento e dos cuidados ao binômio mãe/filho.

A opção pela teoria transcultural de Madeleine Leininger foi devida ao fato de acreditarmos que a gestação e o parto são momentos fortemente influenciados pela cultura da mulher gestante/parturiente e família, quando várias pessoas, de culturas diferentes,



vivenciam este processo e se comportam de maneira diferente umas das outras, sendo importante também - para nós e para os profissionais de saúde em geral - aprender a respeitar e valorizar a cultura de cada um.

Acreditamos também que a exclusão paterna do processo de nascimento ocorre por questões culturais e de valores, que devem ser conhecidos, trabalhados e respeitados. Geralmente o que percebemos é uma atenção profissional voltada totalmente à mulher, esquecendo-se de que o pai também é responsável por essa vida que vem ao mundo, vida essa que tem seu sangue, que é esperada, que traz ansiedades e diversos outros sentimentos.

Para nós, muitos homens ainda vêm a gestação e o parto como momentos exclusivamente femininos e, por questões culturais, ainda são excluídos ou se excluem desse processo. Por falta de incentivo, acabam ficando de fora deste acontecimento, visto que não recebem a atenção, a orientação e os cuidados que deveriam receber por parte dos profissionais de saúde. Acreditamos que o parto é um momento único e inesquecível, tanto para a mulher parturiente como para o pai. O nascimento é um marco vivencial único, um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher, do pai e da família. Acreditamos ser dever da equipe de saúde reconhecer a importância deste processo e garantir um ambiente seguro, de respeito e tranquilidade à mulher parturiente e ao pai.

Centa, apud Brüggemann (2001), ressalta a importância da enfermagem nos centros obstétricos, não apenas na execução de técnicas, mas atendendo o casal grávido em suas necessidades psicossociais, ajudando-o a preparar-se e fortalecer-se para o parto e nascimento.

A participação paterna no processo de nascimento e nos primeiros minutos de vida de seu filho fortalece o vínculo familiar mãe/bebê/pai desde o primeiro momento. O pai não deve ser privado dos primeiros instantes com seu filho, pois assim como o contato entre mãe e bebê nos primeiros minutos é essencial, o contato entre pai e filho cria relações de apego/afeto ao recém-nascido já nos primeiros momentos de vida do mesmo. Esses sentimentos são

frequentemente vivenciados apenas pela mulher. A participação do pai no momento do parto deve ser estimulada, pois começa aí a se formar uma nova família, que vai dar suporte a esse novo ser que veio ao mundo pelo resto de sua vida.

Segundo Maldonado et al (1997), é importante que o pai participe dos cuidados com o seu filho, pois desde os primeiros dias o recém-nascido já percebe o pai, iniciando a formação de um vínculo sólido entre eles.

Acreditamos que a melhor maneira de atender ao pai no processo de nascimento seria primeiramente identificar seus sentimentos, crenças e valores e tentar inserir este pai no cuidado à mulher parturiente e ao recém-nascido, respeitando seus limites pessoais, suas crenças, seus desejos e medos, de maneira que ele possa oferecer a ela alguns cuidados que geralmente são oferecidos pela equipe de enfermagem (massagens, auxílio nas caminhadas, banho, bola, cavalinho, etc.). Assim, enquanto implementamos cuidados à mulher parturiente e ao recém-nascido, conseguiremos manter o pai próximo e envolvido com o cuidado, e implementaremos um cuidado em conjunto com eles. Fazê-lo se sentir útil neste momento seria de grande importância, participando, junto à equipe, dos cuidados com a mulher parturiente.

Enfim, com este estudo, conhecemos as questões culturais e sentimentos que envolvem este processo, além de expectativas, crenças e valores, principalmente do pai, em todo o processo de nascimento e implementamos um cuidado com base cultural, envolvendo o pai na assistência a mulher parturiente e ao recém-nascido. Tivemos o pai como foco da assistência, porém implementamos cuidados também à mulher parturiente e ao recém-nascido de forma a manter, adaptar ou repadronizar o cuidado cultural. Foi claro que para assistirmos ao pai, implementando um cuidado que valorize sua cultura, foi preciso conhecer também a cultura da mulher parturiente, que certamente interfere no modo de pensar e agir do pai durante o processo de nascimento.

Como forma de complementar nosso estudo, participamos dos encontros do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do Hospital Universitário - UFSC, com o intuito de conhecer, mais a fundo, junto ao pai, sentimentos, crenças, valores e hábitos sobre o processo de nascimento. Fatores estes que, se conhecidos e trabalhados ainda durante a gestação, acreditamos que podem resultar positivamente no momento do trabalho de parto e parto.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer como o pai vivencia o processo de nascimento e implementar cuidados ao pai, à mulher parturiente e ao recém-nascido, utilizando como referencial a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 – Identificar, junto ao pai no centro obstétrico, sentimentos, crenças e valores, relacionados ao processo de nascimento.

2 – Planejar e implementar cuidados ao pai, envolvendo-o no cuidado à mulher parturiente e ao recém-nascido, no centro obstétrico, de forma a manter, adaptar ou repadronizar o cuidado cultural.

3 – Participar do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC a fim de conhecer sentimentos, crenças e valores do pai sobre o processo de nascimento.

4 - Buscar aprofundar e ampliar os conhecimentos em relação à teoria de Madeleine Leininger e a enfermagem obstétrica e neonatal.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

✓ Com o objetivo de aprofundar nossos conhecimentos teóricos, optamos por acrescentar a este estudo uma revisão da literatura referente aos temas abordados. Podemos citar alguns autores que já desenvolveram estudos envolvendo o pai como: Abreu, et al. (1999) e Gregório (2002) e alguns que trabalharam com Leininger como: Boehs (1990), Collaço (1999 e 2002), Gregório (2002), Minati, et al (1997); Monticelli (1997) e Silva, et al (2004).

#### 3.1 A CULTURA NO PROCESSO DE NASCIMENTO

3 Leininger apud George (2002) descreve cultura como sendo valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, que são aprendidos, partilhados e transmitidos entre os seres humanos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de forma padronizada.

4 Helman (1994) define cultura como sendo um conjunto de princípios herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade. Estes princípios mostram formas de ver e de vivenciar emocionalmente o mundo, e de comportar-se dentro dele em relação a outros indivíduos, a deuses ou a forças sobrenaturais, e ao meio ambiente em que vivem. A cultura pode ser considerada como uma “lente” herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo e aprendem a viver dentro dele. A concepção leiga tende a ver o corpo como um motor de combustão interna ou uma máquina movida à bateria.

5 Conforme Santos (2000), cabe salientar que a cultura é propriedade de uma sociedade ou grupo e que esta mesma é quem a cria para seu próprio uso e benefício. Descreve ainda

que cultura pode sofrer mudanças e transformações. Não é algo individual, mas sim compartilhado. Todos os seres humanos têm cultura e é ela que determina a maioria das diferenças entre os indivíduos. Inclui valores, símbolos, regras de vida e costumes.

Helman (1994) diz que todas as culturas possuem crenças acerca da fragilidade da mãe e do feto durante o processo de nascimento. Uma mulher grávida encontra-se num estado de vulnerabilidade e ambigüidade social, estando num estado de transição entre os papéis de esposa e de mãe, sendo este estado considerado como ambíguo e “anormal”, perigoso tanto para ela quanto para os outros. Os rituais e tabus que envolvem a gestação servem tanto para marcar esta transição quanto para proteger a mãe e o feto durante este período perigoso.

Diz ainda que as crenças sobre a fisiologia e os perigos da gestação têm tanto aspectos sociais quanto físicos. Elas separam as mulheres gestantes como uma categoria especial de pessoa, cercada de tabus e costumes que, segundo a cultura em que vivem, existem para protegê-las, e também contribuir para explicar qualquer dano físico ou deformação do recém-nascido. Os antropólogos relatam diferenças evidentes nas percepções sobre concepção, gestação e parto entre grupos culturais distintos.

Ódent (2000) descreve que as sociedades humanas impõem um padrão no comportamento dos seres humanos no momento do parto e que todas as culturas promovem um distúrbio no processo fisiológico do período que cerca o nascimento.

Monticelli (1997) refere que o nascimento e a morte são momentos especiais que acontecem com qualquer ser humano em qualquer cultura. A literatura antropológica demonstra que o nascimento é diferentemente percebido, organizado e padronizado de acordo com os valores, atitudes e crenças de cada cultura.

Boehs (1990) afirma que o nascimento de um novo membro da família inicia um novo ciclo de desenvolvimento, trazendo diferenças culturais que influenciam no relacionamento familiar.

Segundo Helman (1994), em todas as culturas, as mulheres são atendidas durante o trabalho de parto, por uma ou mais pessoas.

Hahn e Mueck apud Helman (1994) descrevem que a gestação, assim como a menopausa e a menstruação, são vistas cada vez mais como condições médicas e, portanto, indicadas para diagnóstico e tratamento médico.

Monticelli (1997) diz que nos primórdios da humanidade os fenômenos relativos ao nascimento eram encarados como parte da vida das pessoas. Antigamente, a assistência ao parto, à mulher parturiente e ao neonato não envolvia a concorrência do trabalho de outras pessoas, como atividade profissional especializada.

¶ Helman (1994) relata que a obstetrícia moderna atingiu resultados importantes, no entanto, devido a todos os êxitos técnicos, tem sido criticada por muitas mulheres, por várias razões:

- A ênfase exagerada sobre os aspectos fisiológicos, em detrimento dos aspectos psicossociais do processo de nascimento;
- A tendência de medicalizar um evento natural, transformando-o em um problema médico. A medicina recebe críticas, principalmente, por ignorar os significados que as mulheres dão as experiências da gestação e do nascimento.

Diz ainda que a supervalorização do nascimento como problema técnico freqüentemente implica na interpretação do corpo feminino como um “encanamento”, sendo o parto reduzido a um mero problema técnico de retirada de um objeto vivo (o bebê) de dentro de um tubo (o útero) por intermédio de outro tubo (o canal vaginal) para as mãos do profissional que atende ao parto. Em todas as sociedades humanas, o processo de nascimento significa mais do que um simples evento biológico. É integrante também da transição do papel de “mulher” para o de “mãe”.

Segundo Ribeiro e Campos (1996), na evolução histórica do parto as diversas civilizações seguiam maneiras diferentes de comportamento frente ao mesmo e as posições variavam, sendo que a posição vertical prevalecia. Em muitas culturas do mundo não industrializado, a posição de costas ou de litotomia são incomuns.

MacCormack, apud Helman (1994) afirma que em diversas partes do mundo as mulheres ficam de pé, acoradas ou sentadas e apoiadas em algum objeto ou em alguma pessoa nos últimos estágios do trabalho de parto.

Helman (1994) afirma que na maior parte das culturas, as mulheres seguem um período de repouso no puerpério, durante o qual devem obedecer à determinada dieta alimentar e a outros tabus. Neste período são atendidas apenas por mulheres. O repouso e a exclusão duram de 20 a 40 dias. Em algumas culturas o chamado período de “poluição do parto” é de 31 dias, seguido de rituais especiais para promoverem a purificação da casa e de banhos especiais puérpera e raspagem da cabeça do bebê. Outro aspecto importante no período puerperal é a proibição das relações sexuais durante determinado período de tempo, comum em diversas culturas.

Monticelli (1997) refere que a cultura demonstra ser um conceito indispensável para quem deseja desenvolver um estudo dessa natureza, sendo, a cultura, aprendida, não sendo portanto característica inata dos indivíduos. A existência de diferentes práticas de saúde e a relação destas com a rede de significados, desenvolvidas pelas mulheres durante o processo de nascimento confirma a necessidade de que o nosso atual esquema de interpretação profissional precisa ser reavaliado e repensado. Relata ainda que parte do papel da enfermeira durante o processo de nascimento é fornecer apoio à mulher no sentido de ajudá-la a ser mãe, dentro de uma cultura.

Deste modo, a cultura influencia diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos, familiares ou grupos e, por este motivo, a enfermeira só pode implementar



cuidados congruentes se interagir com consciência de que sua cultura pessoal e profissional pode ser diferente daquela dos indivíduos com quem está atuando (LEININGER apud MONTICELLI, 1997).

### 3.2 O HOMEM E A PATERNIDADE

Para Souza (1997) o homem não nasce pai, torna-se pai. A partir de determinadas condições e decisões, o ser pai estará vinculado a outros papéis desempenhados pelo homem. Antropologicamente, o papel do pai é entendido como desvinculado do ato de gerar. A paternidade pode ser exercida por qualquer homem, porém pai será verdadeiramente aquele que estabelecerá vínculos afetivos com seu filho. Socialmente, a paternidade é vinculada a partir de experiências afetivas atreladas a responsabilidades que a sociedade determina ao homem. Ainda hoje há a imposição do papel de pai ao homem, exigindo-lhe que constitua família e gere filhos, assumindo a função de chefe da mesma sem necessidade de compromisso afetivo, tendo papel apenas de provedor do sustento financeiro. Porém observam-se nos dias atuais diferentes modalidades de exercício da paternidade. Alguns homens têm-na como fato real, um compromisso emocional e afetivo, além dos aspectos sociais. Ao desempenho do papel de pai também se somam aspectos internos e externos do homem, os relacionamentos e emoções resultantes de envolvimento com outros homens, podendo estes ser os amigos, parentes ou o próprio pai, vivências atuais e passadas, agradáveis ou desagradáveis.

A paternidade exige uma grande e constante adaptação emocional, pois é uma experiência construída continuamente e dinamicamente com múltiplas interações de emoções (alegria, tristeza, decepção, etc.) que direcionam o comportamento do homem e determinam o

caminho a ser percorrido. A adaptação ou a falta de adaptação ao papel de pai é reflexo do processo de desenvolvimento pessoal do homem, durante toda a sua vida, influenciado por carências ou excesso das relações paternas, e questões emocionais antigas, sendo um período de mudança dos papéis familiares. Quando o homem se vê diante de uma gestação não planejada e não desejada, busca adaptar-se a nova situação desenvolvendo recursos emocionais, que muitas vezes não são alcançados. A forma de não adaptação é por exemplo o desinteresse de alguns homens pela gestação de suas companheiras, outros dizem não terem condições emocionais de assumirem a paternidade, outros referem não gostar de crianças, e alguns dizem que não querem perder a liberdade. Em situações como gravidez não planejada, pode-se observar uma dualidade de comportamento masculino: há aqueles que aceitam viver essa experiência como mais um papel a ser desenvolvido e outros se recusam a aceitá-la. Aqueles que se mostrarem desadaptados às questões da gestação e paternidade podem apresentar diversas manifestações somáticas, necessitando até mesmo de cuidados e atenções de médicos e familiares (SOUZA, 1997).

Maldonado (1997) refere que em todo o período da gestação, as diversas modificações, fisiológicas ou psicológicas, que se processam na mulher podem ter diferentes repercussões no marido, nos mais variados graus da *síndrome de couvade*. Os diferentes graus da *síndrome de couvade*, portanto, expressam simbolicamente a participação e o envolvimento do homem na gestação. Essa síndrome é de ordem psicogênica e seus sintomas são semelhantes aos sintomas comuns da gestação que ocorrem na mulher.

Souza (1997) descreve que o universo masculino, poderá colocar o homem em posições desconfortáveis quanto ao momento relativo a experiência da paternidade, devido a complexidade de papéis vividos, pois para assumir esse processo é necessário empenho individual, disponibilidade de tempo, condições emocionais e afetivas. Outra questão importante é a idade do homem, pois ditará a sua relação com a própria vida e o grau de

maturidade para assumir as exigências relativas ao desempenho do papel de pai. Para alguns homens, será o compromisso de passar a continuidade de sua existência, para outros, a reafirmação de sua masculinidade. Muitos levam adiante esse papel sem maiores representações e outros jamais o viverão plenamente, tendo participação apenas como genitores.

Em um relacionamento tradicional o homem sempre acredita não ser obrigado a se envolver com as obrigações relacionadas aos filhos (BUSHONG, 2003).

Helman (1994) refere que embora o processo de nascimento seja um evento feminino, a maior parte dos homens sente-se profundamente envolvida com o nascimento de seus filhos.

Durante a gestação alguns homens oferecem apoio emocional à suas companheiras frente às oscilações afetivas e emocionais próprias do período, mostrando disponibilidade pessoal, embora este não seja um comportamento convencional. Outros comportamentos que podem ser exibidos pelo homem são percebidos como fuga do ambiente familiar como, por exemplo, o excesso de trabalho, e outros se colocam como espectadores desinteressados e entendem algumas atitudes apresentadas pela mulher durante a gestação como “manha” (SANTOS, 1997).

Para Montgomery (1998) homens muitos centrados e envolvidos com o seu trabalho profissional perdem o contato afetivo com o bebê desde o pré-natal não podendo desfrutar da paternidade, pois tendem a não sentir o filho como sendo seu.

Souza (1998) descreve que possivelmente esta atitude desinteressada seja causada por conflitos individuais ou questões sociais mais amplas reforçando um papel materno de posse e propriedade do filho, tornando a participação do homem mais importante somente mais tarde, após o nascimento da criança.

Refere ainda que as modificações no corpo da mulher gestante podem interferir no desejo masculino retirando a sensualidade da relação e da própria mulher. O afastamento do

homem faz a mulher se sentir rejeitada, acentuando a labilidade emocional do período. A gestação inclui atenção intensa do homem para com a mulher. O homem tende a confundir a gravidez com doença, assumindo comportamento sufocante, mudando as suas atividades profissionais, diárias e sociais, acreditando ser esta uma forma de proteger sua companheira. Atitudes agressivas verbais e físicas fazem parte da variedade de comportamentos assumidos pelo homem durante o processo de nascimento, e devem-se a fatores emocionais como inveja, raiva, medo, mostrando a inadequação e a inadaptação ao papel de pai.

Segundo Odent (1982) a presença paterna, ou sua ausência, no processo de nascimento, bem como sua participação ou seu papel passivo, são variantes rituais suscetíveis de modificar qualitativamente uma sociedade. As presenças cada vez mais freqüentes do pai durante o nascimento de seu filho e principalmente a sua participação são fatos importantes.

Helman (1994) diz que, em culturas passadas havia de um lado, o mundo masculino e do outro, o mundo feminino, sendo que a gestação, o parto e o recém-nascido faziam parte do mundo feminino. O encontro destes dois mundos dependia do ritual próprio de cada cultura. Quando o mundo masculino não é mais excluído do processo de nascimento, o homem deixa de ser um estranho aos vários episódios do ciclo grávido-puerperal e na vida do recém-nascido.

Para Maldonado (1991) a presença do pai no processo de nascimento é muito importante para que mãe e pai, juntos, possam vivenciar o nascimento do filho. Porém, este processo nem sempre acontece de maneira ideal, já que muitos homens sentem-se tensos e ansiosos e transmitem sua insegurança à mulher.

Uma criança tem a necessidade de ser educada com a figura do pai ao seu lado, pois, caso contrário o que acontece é um sofrimento, mesmo em adulto, por não ter crescido ao lado do seu pai (VIDA-ON, 2004).

Para Tarantino (2001) o homem está mudando a forma de encarar a gestação e o parto. Muitos comparecem as consultas de pré-natal e procuram auxiliar no nascimento do seu filho.

Helman (1994) diz que no mundo ocidental moderno, devido a influencia, em grande parte, do movimento feminista além da tendência ao parto normal, os homens tendem a se envolver mais com a gestação, presenciando com frequência o parto. Contudo, o que lhes falta é um papel ritualmente prescrito, característica das sociedades tradicionais.

Para Abreu e Souza (1999) ainda temos o homem como o desajeitado que não sabe cuidar do seu filho e que apenas deseja saber que o mesmo já nasceu. Há também a imagem do pai ansioso que se ocupa somente com fotografias e filmagem do acontecimento.

Para Montgomery (1998) durante o processo de nascimento o pai deve se contentar com um papel quaternário, enquanto que a peça principal é a mulher, também o bebê e o profissional que assiste ao parto. Ao manterem esta postura colaboram na marginalização do pai. As manifestações das boas identificações da genuína qualidade paternal podem se iniciar com o primeiro sorriso que o pai dirige a seu filho, estabelecendo laços afetivos, porém estas manifestações podem demorar a acontecer quando os pais são impedidos de vincular-se mais precocemente com o filho.

Para Maldonado (1997) consideram-se como indicadores de vínculo entre pai e filho, comportamentos como acariciar, beijar, tocar e olhar, com a finalidade de manter contato e demonstrar afeto, amor e carinho.

Para Klaus, Kennel e Klaus (2000) se o profissional de saúde faz algum questionamento ao pai durante o processo de nascimento, sua auto estima será aumentada, podendo gerar um entusiasmo pelo papel vital que irá assumir durante o trabalho de parto e após nascimento do bebê e quanto mais os pais são cuidados no trabalho de parto mais facilmente serão capazes de receber o seu filho, formar um vínculo com ele e perceber as necessidades do bebê.

---

Segundo Gualda (1993) a presença do pai durante o processo de nascimento transmite segurança à mulher parturiente, contribuindo para o funcionamento dos mecanismos fisiológicos do parto, aumenta o número de partos normais e diminui as complicações pós-parto.

Para Klaus, Kennel e Klaus (2000) pesquisas demonstram que os cuidados paternos nos três primeiros meses de vida de um bebê são maiores quando o pai interagiu com seu filho já nos três primeiros dias de vida.

Gollop (2001) diz que quando o pai está presente de corpo e alma no nascimento, há a estimulação da formação do vínculo emocional entre pai e filho.

Parke apud Klaus e Kennel (1992) acredita que o pai deve ter um contato precoce com o bebê, no hospital, onde se inicia a formação do apego entre pai e filho.

### 3.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO

Parto humanizado é um conjunto de medidas que visa promover o parto e o nascimento saudáveis, porque respeita o processo natural de parir, evitando condutas desnecessárias. (COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA DO PARANÁ, 2003).

Conforme Scheuer, et al (2004), a humanização é a possibilidade de a mulher vir a ter seu parto assistido, sendo respeitada e vista como a pessoa principal neste momento, pois é ela quem está em ação, conduzindo o processo para trazer um bebê ao mundo.

Humanizar a assistência ao nascimento significa resgatar a posição central da mulher no processo de nascimento, respeitando sua dignidade, sua autonomia e seu controle sobre a situação. É esta atenção que garante ao recém-nascido um começo de vida em boas condições físicas e emocionais (DINIZ e CHACHAM, 2002).

Santos (2003) diz que a humanização do atendimento se expressa enquanto prática quando se permite que a parturiente tenha o acompanhante que desejar durante todo o seu período de internação na maternidade, e quando se possibilita ao recém-nascido entrar em contato precocemente com sua mãe, sendo amamentado logo após o parto, na presença do pai, sendo propiciado um momento valioso de integração e formação de laços afetivos.

Odent (2000) refere que o primeiro contato entre mãe e filho pode ser perturbado através dos rituais como: a pressa para cortar o cordão umbilical; o banho; limpar o bebê e envolvê-lo em panos de forma apertada, impedindo o contato direto, pele-a-pele, com o corpo de sua mãe.

Quando tornamos possível que os pais fiquem junto a seus bebês, a sós, na primeira hora após o parto e ao longo de toda a internação na maternidade, propiciamos um ambiente benéfico para o início do processo de apego entre pais e filho (KLAUS e KENNEL, 1993).

A partir do século XX, predominou o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, quando normas e rotinas passaram a ser ditadas para o tratamento e comportamento da mulher durante o processo de nascimento. Ser internada em uma maternidade significa passar por um verdadeiro “cerimonial”, cheio de rotinas e em submeter-se a normas ditadas pela instituição, resultando num controle sobre o corpo da mulher (ARRUDA, apud BRÜGGEMANN, 2001).

O cuidado prestado à mulher, ao recém-nascido e à família, durante o processo de nascimento, com o passar dos tempos sofreu muitas modificações, decorrentes da institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina fetal. Por um lado, essas novas técnicas e descobertas trouxeram melhorias às condições do parto, mas, por outro, configuraram-se na desumanização do nascimento. A prática obstétrica no mundo moderno transformou o parto num acontecimento médico, muitas vezes cirúrgico, transformando a mulher num agente passivo durante todo o parto (BRÜGGEMANN, 2001).

Na segunda metade do século XX, houve uma rápida expansão no uso de tecnologias para interferir no trabalho de parto, para desencadear, acelerar, regular ou monitorar o processo de nascimento, com o objetivo de torná-lo "mais normal" e melhorar a saúde das mulheres e dos bebês. Porém, as tentativas de melhorar a qualidade da assistência ao parto muitas vezes levaram à adoção de intervenções desnecessárias e até arriscadas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança. (ENKIN, apud DINIZ, 2001).

No final do século 20, cresce em todo o mundo um movimento por oferecer uma assistência à saúde baseada na evidência da segurança e da efetividade dos procedimentos. No caso da assistência ao nascimento, esta preocupação com a evidência é ainda mais crucial, uma vez que, diferentemente das outras especialidades médicas, estas práticas irão intervir sobre mulheres e bebês supostamente saudáveis, e num processo supostamente normal (CHALMERS apud DINIZ, 2001).

Helman (1994) diz que a medicina é criticada principalmente por ignorar os significados que as mulheres dão às experiências do processo de nascimento.

Passaram-se dois séculos de medicalização do parto e os esforços foram realizados no sentido de retirar da assistência ao parto tudo o que não fosse estritamente relacionado ao biológico e à arte médica. Ficaram esquecidos os aspectos espirituais, psicológicos e sociais. Um exemplo que pode representar essa tendência foi a criação de berçários para recém-nascidos normais que levou mães e filhos a ficarem separados por longo período (LARGURA, 1998).

Rocha e Beltrão (2003) referem que com a hospitalização do nascimento, a mulher foi beneficiada em vários aspectos porém, a saída do âmbito familiar acabou por introduzir inúmeras intervenções muitas vezes desnecessárias. Esse distanciamento da família gerou problemas para os quais se procurou melhores resultados psicossociais, porém sem dispensar o desenvolvimento tecnológico. A importância de promover um vínculo precoce, o que



determina o futuro relacionamento familiar, reconhecendo-se que uma vivência positiva do parto perdura por toda a vida da mulher, pai e família, favoreceu a procura de meios de humanizar o atendimento ao processo de nascimento.

As autoras referem ainda que, os progressos científicos, que aumentaram a segurança dos cuidados e melhoraram os resultados para a mãe e para o bebê, foram responsáveis pelo distanciamento da família deste processo.

Evidências científicas assinalam que a presença de um acompanhante no centro obstétrico contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mulher e do recém-nascido, além de aumentar a satisfação da mulher e reduzir significativamente o número de partos cirúrgicos, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia e de ocitocina e o tempo de hospitalização dos recém-nascidos. (HOTIMSKY e RATTNER, 2003)

Gualda (1993) relata que a transferência do local de nascimento para o hospital levou a uma substituição de rituais do processo de nascimento e cada vez mais os aparatos tecnológicos para o controle do trabalho de parto são armas poderosas para a formação de um rito hospitalar cada vez mais distante do processo de nascimento, no qual a mulher possa expressar seus sentimentos, crenças e valores.

A avaliação científica das práticas de assistência ao nascimento evidencia a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenção, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das mulheres parturientes, ao invés de organizados em função das necessidades dos hospitais. Isto resulta em um novo paradigma, que propõe que o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança dos mesmos. Esta abordagem implica que deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural do nascimento (BRASIL, 1996).

Com base nesta concepção de assistência, qualquer intervenção sobre a fisiologia do parto só deve ser feita quando se prova ser mais segura e efetiva que a não-intervenção (DINIZ, 2001).

A mesma autora diz ainda que, em muitos contextos, como no caso do Brasil, existe um pequeno quadro de mudança, quando algum. Em alguns contextos existe uma radicalização das tendências opostas a estas recomendações, expressa, por exemplo, nas altas taxas de episiotomia e de cesarianas. Mesmo nos últimos anos, quando foram criadas políticas para o controle do abuso de cesarianas pelo Ministério da Saúde, observamos contradições nos resultados. O aumento da frequência do parto cirúrgico é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo, mas em nenhum país a curva de aumento foi tão acentuada nem as taxas alcançaram níveis tão altos como no Brasil.

Sabatino apud Collaço (2002) diz que atualmente, muitas maternidades públicas e privadas adotam o parto na posição vertical, de cócoras, como forma de promover alternativa para o parto, favorecendo a população formas mais fisiológicas de poderem ter seus filhos.

A maternidade do HU/UFSC oferece a posição vertical para o parto como uma forma de humanização do atendimento ao nascimento (COLLAÇO, 2002).

Entendemos a humanização da assistência ao nascimento como sendo um novo modelo de assistência, centrada na família, em um ambiente de respeito e privacidade, onde a mulher é respeitada e vista como a pessoa central naquele momento, tendo seus desejos e suas crenças valorizados. É implementar cuidados de forma integral, interferindo o mínimo possível na naturalidade do processo de nascimento. É permitir que a mulher esteja acompanhada da pessoa que desejar durante toda sua internação, que receba orientações sobre o parto, que receba alimentos e líquidos, que possa se movimentar durante o trabalho de parto, que assuma a posição desejada para parir, que lhe sejam proporcionadas formas de relaxar e tenha contato precoce com seu filho e permaneça com ele logo após o nascimento. Para isso, é

importante que toda mulher conheça como deve ser atendida durante o trabalho de parto e parto para que possa se sentir melhor e mais segura neste momento. A mulher e o seu filho devem ser respeitados acima de tudo.

### 3.4 TRABALHO DE PARTO E ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO PARTO

Para Sklovsky et al apud Brüggemann (2002) o trabalho de parto é um processo fisiológico, através do qual o útero grávido expulsa os produtos da concepção após a vigésima semana de gestação. Caracteriza-se pela existência de contrações uterinas regulares de intensidade e frequência crescentes, eficazes para apagarem e dilatarem o colo uterino.

Brüggemann (2002), refere que nos últimos 15 dias de gestação algumas manifestações precedem o início do trabalho de parto. Esse período é chamado de período prodromico. Segundo Rezende e Montenegro (1995) e Brüggemann (2002) esses fenômenos confundem a gestante quanto ao início do verdadeiro trabalho de parto.

Os sinais e sintomas dos pródromos do trabalho de parto, segundo Brüggemann (2002), são descritos como:

**Descida do fundo uterino:** ocorre devido à adaptação do pólo fetal ao estreito superior e a formação do segmento inferior. Situado próximo ao apêndice xifóide, o fundo uterino baixa de 2 a 4 cm, causando descompressão do diafragma, tornando a respiração mais fácil.

**Insinuação da apresentação:** a adaptação do pólo fetal no estreito superior leva ao aparecimento da dor lombar e polaciúria, pela compressão vesical. Nas mulheres primigrávidas a adaptação se inicia de duas a três semanas antes do início do trabalho de

parto, e nas mulheres multigrávidas, a insinuação geralmente não ocorre antes do trabalho de parto.

**Perda do tampão mucoso:** o muco secretado pelas glândulas cervicais é acumulado durante a gravidez no canal cervical e, à medida que a cérvix se torna parcialmente apagada e dilatada, o tampão mucoso é expelido. Pode estar acompanhado de outras secreções vaginais e com vestígios de sangue.

**Amolecimento do colo uterino:** é decorrente de processos bioquímicos complexos. Entre eles a síntese do Condroitinsulfato, que está mais elevado no colo maduro do que no imaturo.

**Apagamento e dilatação cervical:** ocorre quando o colo encurta e afina. Isto freqüentemente acontece entre três e quatro semanas antes do trabalho de parto. As mulheres primigrávidas podem apresentar apagamento completo antes do início do trabalho de parto.

**Contrações uterinas (Braxton-Hicks):** possuem intensidade e frequência variáveis, tornando-se moderadamente dolorosas. São mais frequentes à noite, diminuindo pela manhã.

**Ocorrência de manifestações locais:** são decorrentes das modificações descritas nos itens anteriores, caracterizadas pela sensação de peso no baixo ventre, pela compressão nas porções inferiores do abdome, pela intensificação das varizes hemorroidárias e vulvares, e pelo aumento das secreções vaginais.

Brüggemann (2002) descreve dois tipos de trabalho de parto, verdadeiro e falso.

O verdadeiro trabalho de parto é caracterizado por: contrações regulares (intervalo gradativamente decrescente) com duração e intensidade aumentando gradativamente; dilatação e apagamento cervical progressivo; decida progressiva da apresentação; a gestante refere desconforto ou dor localizada nas costas e que se irradia para o abdome; as contrações não se interrompem com a sedação.

O falso trabalho de parto é caracterizado por: contrações com intervalo irregular (sem diminuição do intervalo) com duração e intensidade sem alteração; não ocorrem alterações cervicais; não ocorre decida da apresentação; a gestante refere desconforto ou dor localizada apenas no abdome; as contrações interrompem-se com a sedação.

Segundo a mesma autora, na evolução clínica do parto distinguem-se três fases: dilatação, expulsão, dequitação ou secundamento. A estes se segue um quarto período, dito de Greenberg. Cada período possui características específicas no que se refere às modificações e evolução.

O primeiro período é a dilatação cervical que, segundo Rezende (1998), inicia-se com as primeiras contrações dolorosas que começam a modificar o colo e termina quando sua dilatação está completa.

Sabatino (2000) diz que a contratilidade do útero, durante o parto, provoca aumento da pressão no interior do mesmo, que tem como principal finalidade distender o segmento inferior, dilatar o colo, expulsar o feto de seu interior e diminuir o sangramento durante o puerpério imediato.

Rezende (1998) descreve que nas contrações ocorre um aumento gradual da dilatação, resultante do incremento, na intensidade e na frequência das contrações uterinas, melhor coordenadas e envolvendo áreas cada vez maiores que as de Braxton-Hicks. É neste período que acontece o amolecimento e apagamento, orientação e abaixamento do colo, que se abre o diafragma cérvico-segmentário e se forma o canal de parto, isto é, a continuidade do trajeto uterovaginal, com dois fenômenos a predominar: o apagamento do colo ou desaparecimento do espaço cervical, incorporação dele à cavidade uterina e a dilatação da cérvix, ao fim da qual suas bordas limitantes ficam reduzidas a simples relevos, aplicados às paredes vaginais.

O mesmo autor diz ainda que, nas mulheres primíparas estes fenômenos são distintos, ocorre primeiro o apagamento e depois a dilatação: nas multíparas estes fenômenos ocorrem simultaneamente. Ocorre também a descida do pólo fetal.

Segundo Brüggemann (2002), a dilatação abrange dois fenômenos: o esvaecimento ou apagamento do colo, que consiste na sua incorporação à cavidade uterina e a dilatação propriamente dita, na qual as bordas do orifício externo ficam reduzidas a relevos que se aplicam à parede pélvica. É composta de duas fases:

**Fase latente:** o início da fase de latência caracteriza-se pela presença de contrações regulares e pelo começo da dilatação. Seu transcurso é lento e dura em média oito horas. Em mulheres primíparas pode levar de oito a doze horas e em multíparas em média cinco horas.

**Fase ativa:** a fase ativa inicia com o progresso da dilatação e compõem-se de três períodos distintos: o de aceleração, em que a velocidade de dilatação começa a se modificar (de 3 a 4 cm); o de ascensão máxima, na qual o colo se dilata mais rapidamente (de 4 a 9cm) e o de desaceleração, em que o ritmo da dilatação diminui um pouco até a dilatação completa.

À medida que se acentua o efeito de tração das fibras miométrais sobre o colo, amplia-se a cervicodilatação. Cria-se assim, aos poucos, um espaço onde se irá coletar o líquido amniótico, formando-se a bolsa das águas (DELASCIO e GUARIENTO, 1981).

Segundo Brüggemann (2002), a rotura espontânea das membranas (amniorrexe), com saída parcial de líquido amniótico, ocorre geralmente no final da fase de dilatação, porém pode ocorrer precocemente (início da dilatação) ou no momento da expulsão do feto.

Conforme Rezende (1991), a rotura é classificada de acordo com o momento em que ocorre durante o trabalho de parto, como: prematura (antes do início), precoce (no começo), oportuna (na fase final) e tardia (no momento da expulsão do feto). É ainda classificada de

acordo com a forma que ocorrem, isto é, espontânea, provocada ou artificial e intempestiva, quando acarreta prolapso do cordão umbilical.

Para Brüggemann (2002), a presença de mecônio ou de vérnix caseoso, na vagina ou vulva, também indica rotura das membranas. A cor do líquido amniótico também possui um significado clínico. Quando se apresenta com a cor vermelha escura ou achocolatada, sugere a presença de feto macerado ou de sangramento na cavidade uterina, e quando tinto de mecônio ou esverdeado, indica sofrimento fetal se estiver associado com alterações patológicas dos BCF.

Para Rezende (1991), a integridade das membranas é necessária para uma boa evolução do trabalho de parto, devendo então ser conservadas íntegras até a dilatação completa do colo.

De acordo com Brasil (1996), o uso de ocitocina necessita de cuidados especiais como: a utilização de bomba de infusão para controle rigoroso do gotejamento, avaliação da dinâmica uterina e avaliação dos batimentos cardíacos fetais.

A postura da parturiente (posição e atividade, repouso ou deambulação) adotada durante o período de dilatação interfere na sua evolução, assim como no bem-estar materno e fetal (BRÜGGEMANN, 2002).

Neme (1995) refere que, em decúbito dorsal as contrações são mais freqüentes e incoordenadas, menos intensas e mais dolorosas; em decúbito lateral as contrações se tornam menos freqüentes e intensas, desaparecendo a incoordenação; em decúbito lateral, as alterações da freqüência cardíaca fetal são menos freqüentes, inclusive podendo ser corrigidas quando a parturiente assume esta posição; o débito cardíaco e o volume sistólico, que estão reduzidos no decúbito dorsal devido a compressão da veia cava inferior pelo útero grávido, se elevam no decúbito lateral; a deambulação melhora a coordenação miometral, eleva a atividade uterina, diminui a duração do período de dilatação e as parturientes sentem menos

desconforto, além disso o efeito da gravidade favorece a pressão da apresentação fetal sobre o segmento inferior e o colo uterino.

### **Assistência de enfermagem conforme Brüggemann (2002):**

#### **Atividade física:**

Orientar e estimular para que a mulher parturiente deambule;

Orientar a mulher parturiente para sentar ou deitar em decúbito lateral esquerdo (preferencialmente) ou direito;

Orientar a mulher parturiente a permanecer em repouso no leito nos casos de uso de drogas sedativas ou analgésicas; rotura das membranas com apresentação alta (risco de prolapso de cordão); trabalho de parto prematuro; apresentação ou posição viciosa do feto; doença hipertensiva específica da gravidez; sangramento vaginal a esclarecer (suspeita de placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta);

Estimular sono e repouso quando o trabalho de parto se inicia à noite e não ocorre evolução, pois a mulher parturiente se sentirá menos cansada pela manhã;

Respeitar a vontade da mulher parturiente com relação à atividade física, sempre que possível, desde que não interfira no bem-estar materno e fetal.

#### **Posição no leito**

Orientar a mulher parturiente sobre a importância do decúbito lateral, preferencialmente o esquerdo, uma vez que esta posição reduz o desconforto na região dorsal, aumenta a oxigenação fetal pela descompressão da veia cava inferior, aumenta a perfusão renal e uterina, aumenta a intensidade e diminui a frequência das contrações;



Orientar a mulher parturiente a adotar uma posição mais confortável, evitando o decúbito dorsal;

Orientar sobre a contra-indicação da posição supina (decúbito dorsal).

#### Alimentos e líquidos:

Esclarecer a mulher parturiente sobre sua dieta, isto é, não receberá alimentos sólidos durante o trabalho de parto. No HU a parturiente recebe dieta líquida restrita até os 7 cm de dilatação;

Oferecer líquidos (água, chá ou caldos), balas, pedras de gelo e picolé para aliviar o sabor desagradável da boca e como fonte de líquidos e calorias, quando não houver contra-indicação e observando-se a rotina da instituição. Nessas situações o HU oferece água e caldo de legumes até os 7 cm de dilatação e após, somente a gaze umedecida com água.

Orientar e supervisionar dieta zero para a mulher parturiente com mais de 7 cm de dilatação, indicação de cesárea ou parto sob analgesia;

Nos casos de vômito freqüentes ou trabalho de parto prolongado, providenciar hidratação parenteral para prevenir a hipoglicemia e desidratação.

#### Eliminações:

Orientar a mulher parturiente para urinar com freqüência a cada duas ou três horas, evitando a distensão da bexiga. A bexiga cheia pode causar aumento da dor durante as contrações e retardar a progressão da cabeça fetal;

Observar distensão e realizar cateterismo, se necessário, após a realização de todas as manobras para a micção espontânea;

Questionar sobre eliminações intestinais;

Observar as características (cor, odor, e quantidade) das secreções vaginais e do líquido amniótico.

### Higiene pessoal:

Orientar, estimular e encaminhar a mulher parturiente ao banho de chuveiro, respeitando a sua vontade e observando as indicações e contra-indicações. No HU, o banho de chuveiro é utilizado para proporcionar conforto e relaxamento à mulher parturiente durante o trabalho de parto, aliviando a dor e os desconfortos.

Orientar estimular e ajudar a mulher parturiente na higiene oral, do rosto e das mãos, quando necessário, como também a pentear os cabelos e trocar a camisola;

Realizar banho no leito, em caso de repouso;

Trocar os forros perineais sempre que estiverem molhados, especialmente após a rotura das membranas;

Manter a cama da mulher parturiente limpa e seca.

### Controle dos sinais vitais:

Pulso: de 1/1 hora entre as contrações;

Pressão arterial: de 1/1 hora entre as contrações;

Temperatura: de 4/4 horas e, nos casos de rotura das membranas, de 2/2 horas;

Respiração: de difícil controle na fase ativa, realizar apenas quando houver indicação específica.

### Controle dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

De 30/30 minutos ou no máximo de 1/1 hora, feito antes, durante e 20 segundos após a contração.

Controle da dinâmica uterina:

De 1/1 hora, posicionando a parturiente em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo. Espalmar a mão no fundo uterino durante 10 minutos, observando e registrando frequência e duração das contrações.

Toque vaginal:

Realizar o toque vaginal o menor número de vezes possível, com intervalo mínimo de duas horas entre eles. Em casos de bolsa rota, TPP e sangramento vaginal a esclarecer, os toques são proscritos.

Observar cuidados de assepsia como lavar as mãos, calçar luvas esterilizadas e usar antisséptico ou vaselina. No HU, o antisséptico utilizado é o P.V.P.I.

Posicionar e manter a privacidade da mulher parturiente durante o exame, e orientar sobre sua indicação e resultado.

Atenção aos sinais de perigo:

Sangramento vaginal abundante ou hemorragia;

Distúrbios visuais, tonturas, vômitos, dor epigástrica, inquietude e cefaléia;

Distensão do segmento inferior do útero, alteração na dinâmica uterina (hipertonia ou hiperatividade);

Alterações no BCF.

Nos casos acima, adotar as seguintes medidas:

Verificar sinais vitais;

Puncionar veia calibrosa;

Manter a mulher parturiente em decúbito lateral esquerdo;

Nos casos de sofrimento fetal, instalar oxigênio nasal por cateter;

Solicitar avaliação médica.

O segundo período é o de expulsão que, segundo Brüggemann (2002) é compreendido entre a dilatação completa do colo e a completa expulsão fetal.

É durante este período que as forças do trabalho de parto movem o feto através do canal do parto e provocam o seu nascimento. O "motor" durante esta etapa provém de duas fontes: das contrações do músculo uterino como na primeira etapa; e agora também das contrações voluntárias dos músculos abdominais. A resistência ao motor vem do canal do parto, ao qual a cabeça do feto deverá se acomodar, e dos músculos e fáscias do assoalho pélvico (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

#### **Assistência de enfermagem conforme Brüggemann (2002):**

Observar os sinais do período expulsivo, ou seja, abaulamento do períneo com protusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, abertura da vulva e coroamento da apresentação;

Estar atento às queixas da mulher parturiente, como vontade de fazer força e evacuar (puxos);

Realizar amniotomia, se necessário. Anotar no prontuário: hora, cor, odor e frequência cardíaca fetal. Esse procedimento é feito pro enfermeiros obstetras ou médicos;

Arrumar a mesa do parto com roupas e materiais necessários,

Orientar a mulher parturiente sobre o que esta ocorrendo e levá-la a sala de parto;

Colocá-la em posição na mesa ou cadeira de parto;

Posicionar o acompanhante ao lado da mulher parturiente;

Quando necessário, fornecer a mulher parturiente orientação para o aproveitamento das contrações expulsivas, realizando prensa abdominal na hora da contração. E após a contração,

orientar para que relaxe, descanse e respire tranqüilamente, preparando-se para a contração seguinte;

Umedecer a face e secar o suor;

Encorajar seus esforços e apontar seus progressos;

Observar local da punção, caso esteja com fluidoterapia;

Providenciar anestésico para infiltração de períneo, se necessário;

Controlar os batimentos cardíacos do feto a cada 5 ou 10 minutos, no caso de período expulsivo prolongado;

Controlar a pressão arterial, se necessário;

Observar estado geral do RN, fazer ligadura do cordão umbilical e avaliar o Apgar do primeiro minuto (Essa avaliação é feita pelo neonatologista);

Colocar o recém-nascido junto à mãe e estimular o início precoce do aleitamento materno, nos primeiros 30 minutos após o parto;

Implementar os primeiros cuidados ao RN, e realizar a sua identificação (pulseira e impressão plantar);

Possibilitar a presença de um familiar ou um acompanhante que a mulher desejar durante este período, estimulando para que o mesmo forneça o apoio necessário e participe dos cuidados;

Favorecer a interação precoce entre mãe-bebê-pai.

Comunicar os familiares sobre o nascimento e o estado da mulher parturiente, quando a rotina da instituição não permitir a presença dos mesmos.

O terceiro período é onde ocorre a Dequitação ou Secundamento que, Segundo Rezende e Montenegro (1995) é o estágio que se processa após o desprendimento do feto e se caracteriza pelo descolamento, pela descida e pela expulsão ou desprendimento da placenta e das membranas para fora das vias genitais. É composto de três tempos:

**Descolamento:** decorre, essencialmente, da retração do músculo uterino após o parto e das contrações. Assim, reduz-se acentuadamente a superfície do útero, pregueando-se a zona de inserção da placenta, o que ocasiona o seu descolamento. A decídua cede e se descola ao nível da camada esponjosa, arrastando consigo a camada compacta. A separação da placenta nos limites da camada esponjosa se explica por esse mecanismo, e também pela existência dos processos degenerativos e necróticos que se iniciaram nas últimas semanas de gestação.

O descolamento ocorre de acordo com dois mecanismos: de Baudelocque-Schultze ou de Baudelocque-Duncan.

- O mecanismo de Baudelocque-Shultze, cuja frequência é de 75%, se dá quando a placenta está inserida na parte superior do útero e se desprende pela face fetal, em forma de guarda-chuva invertido. O hematoma retroplacentário inicia-se no centro de inserção e fica prisioneiro da massa placentária, o que explica a saída de sangue posterior à saída da placenta.
- O mecanismo de Baudelocque-Duncan ocorre em 25% dos casos. A placenta está inserida na parede lateral do útero, sendo que a sua desinserção se inicia pela borda inferior, assim o sangue se exterioriza antes da placenta.

O descolamento das membranas ocorre devido à ação das contrações, pelo pregueamento do útero e pela queda e descida da placenta.

**Descida:** ocorre devido às contrações uterinas e à ação da gravidade. A placenta passa do corpo uterino para o segmento inferior, que se distende, percorre a cérvix e chega à vagina.

**Expulsão:** provoca nova sensação de “puxos”, no canal vaginal, determinando esforços abdominais semelhantes ao período expulsivo, que são responsáveis pela expulsão da placenta para o exterior. No local onde a placenta estava aderida forma-se uma ferida cruenta com vasos abertos, que elimina uma certa quantidade de sangue até que os vasos sanguíneos se obliterem.

**Assistência de enfermagem conforme Brüggemann (2002):**

Orientar a mulher puérpera e o acompanhante sobre o que está acontecendo e prepará-la para a episiorrafia, se necessário;

Colocar o recém-nascido junto à mãe e estimular o aleitamento materno;

Observar os sinais de descolamento e descida da placenta;

Observar e anotar o mecanismo de descolamento (Baudelocque-Shultze ou Baudelocque-Duncan);

Secar a placenta e examinar a face fetal e a materna, o cordão umbilical e membranas;

Verificar sinais vitais, principalmente pulso e pressão arterial;

Observar aspectos clínicos do útero;

Observar sangramento vaginal.

O quarto período é chamado de Greenberg. Para Rezende e Montenegro (1995) e Junior (2000), considera-se a primeira hora após a saída da placenta como quarto período, que é caracterizado por quatro fases:

**Miotamponamento:** logo após a expulsão da placenta o útero se contrai, podendo ser palpado num ponto intermediário entre o pube e a cicatriz umbilical. Esta retração inicial promove a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo-se a primeira linha de defesa contra a hemorragia.

**Trombotamponagem:** ocorre a formação de trombos aderentes aos vasos uteroplacentários, constituindo o hematoma intra-uterino que recobre a ferida aberta no sítio placentário. Os coágulos enchem a cavidade uterina, levando o fundo uterino a localizar-se no nível da cicatriz umbilical. É a Segunda linha de defesa contra a hemorragia.

**Indiferença miouterina:** o útero se torna apático, correndo o risco de se encher de sangue, pois apresenta fases de contração e de relaxamento. Esta fase tende a ser maior nas mulheres múltiparas, nos partos excessivamente rápidos, nos partos gemelares, no feto macrossômico e quando os três primeiros períodos do parto ocorrem de forma prolongada.

**Contração uterina fixa:** geralmente após uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém.

**Assistência de enfermagem conforme Brüggemann (2002):**

Observar a presença do globo de segurança de Pinard;

Observar sangramento vaginal;

Orientar sobre a sutura do canal do parto, quando necessário;

Controlar sinais vitais: PA e pulso a cada quinze minutos, sendo que os desvios da variação normal exigem a cada cinco minutos, a temperatura deve ser verificada a cada uma hora;

Transferir a mulher puérpera de maca, da sala de parto para a sala de recuperação. No HU a pressão arterial é verificada a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora após a terceira hora;

Trocar a camisola e colocar forro perineal;

Observar continuamente a involução, altura, consistência e forma do útero;

Proporcionar ambiente tranquilo onde possa ocorrer a interação precoce entre mãe, bebê e pai;

Atentar para os sinais de perigo: sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de tamanho, sudorese, queda da pressão arterial e aumento da frequência do pulso.

Diante deste quadro deve-se massagear o útero, colocar saco de areia, puncionar veia calibrosa, controlar a pressão arterial e pulso, além de solicitar avaliação médica;



Encaminhar mulher puérpera com o RN e acompanhante para o alojamento conjunto, após avaliação do seu estado geral.

### 3.5 TIPOS E POSIÇÕES DE PARTO MAIS COMUNS

O parto pode se constituir como momento crítico por várias razões: é sentido como uma situação de passagem, irreversível, de um estado a outro, tendo que ser enfrentada de qualquer forma. A mulher é incapaz de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto (Maldonado, 1976). A mesma autora diz ainda que o parto é vivido como um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido que foge do controle da mulher.

Brüggemann (2001) diz que o parto é cercado por sentimentos como: medo, ansiedade e expectativa, decorrentes das experiências vividas anteriormente pela mulher, das informações recebidas de familiares, de profissionais e de outras mulheres que passaram pelo processo de nascimento.

Montagu apud Maldonado (1976), considera o parto normal essencial para a estimulação cutânea, fundamental ao desenvolvimento físico e emocional do bebê, sendo a função deste preparar o organismo do recém-nascido para funcionar melhor através da estimulação cutânea maciça no corpo do feto, provocada pelas contrações uterinas.

No Brasil, segundo Paciornik apud Collaço (2002), desde a sua descoberta, o parto vertical era utilizado pelas índias do Paraná e Santa Catarina. Em função de o mundo civilizado ter difundido o parto em decúbito dorsal, a obstetrícia se transformou na maior fonte de iatrogenias. Por esse motivo, resolveu aconselhar as mulheres civilizadas a fazerem como as índias brasileiras numa tentativa de melhorar suas condições orgânicas.

Desde a Antigüidade as mulheres procuravam posições que facilitassem o parto. Nas gravuras antigas o mais comum é ver mulheres ajoelhadas, de cócoras, ou em banquinhos baixos de parto, estando as costas sempre em posição vertical. A posição das pernas é variável. Também é muito comum ver nessas figuras alguém dando suporte por trás, segurando a mulher parturiente por baixo dos braços. Até hoje, nas comunidades nativas (índios brasileiros, por exemplo) o parto ainda acontece na posição vertical. Pensando nisso foi criada uma cadeira para o parto de cócoras, onde a mulher parturiente fica em uma altura suficiente para que o profissional que atenderá o parto fique com um bom campo visual. Porém, ressalta-se que não há necessidade de cadeiras especiais para se fazer um parto de cócoras, bastando que a mulher suba na cama comum, ajoelhada entre as contrações e acorada na hora das contrações, apoiando-se de um lado no companheiro, do outro em outra pessoa que esteja presente (AMIGAS DO PARTO, 2004).

Para Maldonado (1997), a mãe pode ter um contato ativo com o bebê, logo após o nascimento, quando acorada. Quando o parto é realizado num contexto de confiança e acolhimento, muitas distócias do parto, derivadas de tensão, ansiedade e atendimento apressado ou excessivamente intervencionista, podem ser evitadas possibilitando a vivência do parto de modo mais tranquilo e natural.

De acordo com Sanchez apud Scheuer (2004) a posição vertical para parir aumenta em até 25% a elasticidade do canal de parto, facilitando a saída do bebê ao reduzir a compressão sobre a cabeça do feto. A mulher também fica com mais liberdade de movimentos durante os intervalos entre as contrações.

É a posição que apresenta os melhores diâmetros da pelve, no estreito inferior, isto é, a mais favorável anatomicamente. A vantagem de aumentar o diâmetro do estreito inferior em até 30% melhora o efeito dos puxos e direciona melhor os vetores de força sobre o bebê.

Além disso, propicia a auto-realização da mulher parturiente em relação ao seu parto e facilita o acesso da mesma ao períneo (MATER NATURA, 2004).

Sabatino apud Collaço (2002) descreve que o parto, na grande maioria das civilizações era atendido na posição vertical e que, a partir do século XVI, foi adotada a posição horizontal, sendo esta antifisiológica.

O decúbito dorsal faz com que o feto comprima a artéria aorta abdominal e a veia cava inferior, levando a diminuição do aporte de sangue que vai para ao bebê, podendo favorecer o sofrimento fetal, além de imobilizar a parturiente (MATER NATURA, 2004).

Outro tipo de parto é a cesariana que, segundo Neme (1995), é uma operação pela qual o feto é liberado através de uma dupla incisão: abdominal e uterina.

Para Maldonado (1976), o parto cirúrgico (cesáreo) tende a ser o tipo de parto mais frustrante emocionalmente para a mulher, principalmente quando esta não entra em trabalho de parto e porque impede a participação ativa da mulher parturiente. Tende portanto a ser vivido como uma espécie de vácuo, como uma quebra brusca de continuidade do processo natural de nascimento.

Maldonado et al (1997) diz que, atualmente, o progresso da técnica cirúrgica para a cesariana tornou-a muito mais segura. Porém, este fato favoreceu um uso excessivo desse tipo de parto devido a várias crenças: acreditar que a cesariana não causa males à mulher e ao bebê; acreditar que a cesariana protege o bebê contra o “trauma do nascimento” provocado pelo parto normal; acreditar que o parto normal deixa a vagina da mulher larga ou frouxa, prejudicando sua sexualidade. Por outro lado, os mesmos autores referem que alguns argumentos contra o parto cesáreo também são infundados, como: acreditar que a mulher não poderia ter mais de dois partos cesáreos; acreditar que o parto cesáreo exige um prazo maior entre uma gravidez e outra; acreditar que a cesárea é nociva ao bebê pela maior incidência de complicações respiratórias em recém-nascidos.

Montagu apud Maldonado (1976) descreve que os bebês nascidos de cesariana apresentam uma série de desvantagens em comparação com os bebês nascidos de parto normal: o índice de mortalidade é maior, os bebês são mais letárgicos, reagem menos à estimulação, choram menos e apresentam acidose mais elevada, menor quantidade de proteínas e cálcio e maior porcentagem de potássio.

A origem da cesariana é controversa. Acredita-se que o imperador romano Caio Júlio César tenha nascido através dela. Ou, a cesariana pode ter se originado pelo verbo "caedere", que significa cortar. Pode estar relacionada também à lei romana Lex Caesarea, que impedia que mulheres mortas fossem enterradas antes de se tentar salvar o feto, através de procedimento cirúrgico. No Brasil, os primeiros relatos de cesáreas são de 1909. Hoje em dia existe uma tentativa mundial em diminuir a incidência do número de cesarianas. (SAÚDE NA INTERNET, 2004).

Gregório (2002) diz que não há dúvidas de que a cesariana pode salvar vidas e prevenir seqüelas aos recém-nascidos, que antigamente eram provocadas principalmente por partos normais distócicos. Por outro lado, o aumento da incidência de cesarianas, aumenta a morbidade e o custo, podendo transformar a solução em problema.

O Brasil, segundo Tanaka (1998), apresenta um alto índice de parto cirúrgico e é responsável por uma alta taxa de mortalidade materna.

### 3.6 PREPARAÇÃO DA MULHER PARTURIENTE PARA O PARTO

#### Tricotomia:

Para Ziegel e Cranley (1985), a tendência atual é limitar a tricotomia, removendo somente os pêlos da área entre os grandes lábios a região anal. A conduta mais segura é omitir a tricotomia completamente e aparar os pêlos com tesoura, se for necessário, para facilitar o reparo da episiotomia.

Brasil (1996) não recomenda o uso da tricotomia como rotina, pois pode aumentar o risco de infecção, sendo este um procedimento desnecessário. A conduta a ser seguida deve ser discutida e implantada pela equipe de saúde da instituição, sendo que a tendência atual é abolir totalmente a tricotomia ou limitá-la apenas à região do períneo.

Na instituição onde realizamos nosso estudo, esta prática foi abolida para parto normal, deixando a critério da parturiente sua escolha em fazê-lo ou não. No HU a tricotomia é realizada apenas no local onde será feita a incisão cirúrgica nos casos de cesariana e para o parto normal recomenda-se apenas que a mulher apare os pelos.

#### Enema:

Segundo Ziegel e Cranley (1985) é o esvaziamento do reto, sigmóide e colo descendente que pode evitar a contaminação durante o parto.

Brasil (2001) considera que a decisão de realizar ou não deve ser da mulher parturiente.

No H U onde o nosso estudo foi realizado é respeitado o desejo da mulher.

### Higiene corporal:

Segundo Brüggemann (2002), após a realização da tricotomia e do enema, quando indicados, a mulher parturiente deve ser orientada e encaminhada ao banho geral. Além de diminuir riscos, proporciona bem estar geral e relaxamento.

Brasil (2002) diz que a parturiente deve ser estimulada a se higienizar e devem estar disponíveis para ela banheiro, toalha, sabonetes, camisola, troca de forros perineais e roupas de cama. Os banho de chuveiro com água morna tem sido usado para aliviar a dor do trabalho de parto e proporcionar bem-estar à mulher parturiente.

### Vestuário apropriado:

Segundo Brüggemann (2002) a mulher parturiente usará a roupa adotada pela maternidade e um forro perineal.

### Dieta:

Segundo Brasil (2001), na fase latente, as parturientes de baixo risco para cesariana deverão ser orientadas para ingerir apenas alimentos leves. Como durante essa fase, a maioria das mulheres permanece em casa, essa orientação deve ser dada ainda durante as consultas de pré-natal. Na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do trabalho de parto, todos os alimentos sólidos devem ser suspensos, sendo permitida para parturientes de baixo risco a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros. Mulheres parturientes de maior risco para procedimentos anestésicos ou para cesariana devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto, evitando inclusive a ingestão de líquidos claros.

No HU é oferecida dieta líquida restrita até 7 cm de dilatação ou dieta zero quando indicada cesariana, a fim de evitar possível regurgitação e aspiração quando se necessita de narcose. Após os 7 cm de dilatação a mulher parturiente fica em dieta zero.

### 3.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO

Segundo Monticelli e Oliveira (2002), a assistência ao ser humano que acaba de nascer deve estar ancorada nos seguintes objetivos:

- Observar e avaliar suas condições vitais, físicas e comportamentais;
- Atender todas as necessidades básicas e específicas do recém-nascido;
- Proteger a criança dos riscos do meio ambiente;
- Identificar, precocemente, quaisquer anormalidades;
- Intervir profissionalmente nos problemas que ocorrem;
- Conhecer o recém-nascido e interagir com ele, buscando a participação da família.

#### **Assistência imediata ao recém-nascido**

Segundo Monticelli e Oliveira (2002), são cuidados implementados ao neonato nas primeiras duas horas de vida, ainda no centro obstétrico. Os cuidados imediatos são:

- Receber o RN calçando luvas, pois está envolto em secreções corporais.
- Secar e aquecer o RN: colocar o RN em berço aquecido e utilizar uma compressa macia para retirar o excesso de secreções corporais. Estes procedimentos contribuem para a minimização do choque térmico e restringem perdas de calor.
- Aspirar o RN: a aspiração de secreções das vias aéreas contribui para uma boa ventilação. A criança deve ser recebida e colocada em posição de Tredelenburg em decúbito lateral, pois se impede que as secreções e coágulos provoquem obstruções graves.

- Verificar Temperatura retal, pois se obtêm a temperatura central do organismo do recém-nascido e permite que os profissionais se assegurem da permeabilidade do ânus. As verificações subseqüentes são por via axilar. No HU-UFSC a temperatura não é verificada por via retal e sim por via axilar.
- Credeizar: instila-se uma gota de Nitrato de Prata a 1% em cada olho do neonato para fazer a profilaxia da conjuntivite gonocócica. Após, deve-se ter o cuidado de realizar uma boa limpeza ocular, pois uma das complicações desta técnica é a conjuntivite química e irritações perioculares.
- Instilar uma gota de Nitrato de Prata a 1% na genitália da mulher para prevenir a vulvovaginite gonocócica. No HU esse procedimento não é realizado.
- Pesar o RN: o peso é importante para a avaliação do RN, relacionando-o com a IG (PIG, AIG, GIG). O RN deverá estar sem roupas e com a balança previamente tarada.
- Verificar perímetros e altura do RN: as medidas antropométricas são fundamentais para a avaliação imediata do bebê e também para que os profissionais de saúde possam comparar o crescimento da criança, posteriormente, durante as consultas de puericultura. A verificação periódica auxilia no diagnóstico de falha de crescimento cerebral e hidrocefalia. O PC deve medir em torno de 33,5cm e normalmente é 2 a 3 cm maior que o PT. O PT varia de 30,5 a 33 cm. O PA varia de 30 a 33 cm. A altura média do RN é de 48 a 53 cm. No HU os perímetros abdominal e torácico não são verificados.
- Avaliar o coto umbilical e realizar curativo: a análise do coto umbilical é importante para detectar anormalidade do RN. Pesquisa-se a presença de 2 artérias e 1 veia. A ausência de uma das artérias pode denunciar problemas graves. O RN com boas condições físicas receberão cuidados visando a antissepsia para a promoção da mumificação do coto umbilical. O antisséptico de escolha é o álcool a 70%. Os RN de mães RH negativos ou diabéticas,



deverão ter o coto umidificado com soro fisiológico a fim de manter os vasos umbilicais permeáveis, caso haja necessidade de cateterização, até que não haja mais riscos.

- Identificar o RN: fazer impressão plantar do RN e digital materna. Colocar bracelete de punho ou tornozelo constando o nome da mãe, o sexo da criança, data e hora do parto, número do quarto ou do registro.
- Administrar 1 mg de vitamina K: é administrada em dose única por via intramuscular, logo após o nascimento com objetivo de evitar uma deficiência passageira na coagulação sanguínea para prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido. Os músculos utilizados poderão ser o da região ventroglútea (Hoschstetter) ou o reto femural.
- Conferir identificação, registrar o nascimento e fazer as anotações de enfermagem, abrir prontuário próprio para o RN, abrir caderneta de saúde da criança.
- Realizar o Apgar: esta avaliação serve para verificar a vitalidade do neonato. Deve ser observado e anotado no primeiro e quinto minuto de vida. Para realizá-lo, utiliza-se a escala do quadro a seguir:

SINAIS	0	1	2
Frequência das pulsações	Ausente	Menos de 100	Acima de 100
Esforço respiratório	Ausente	Irregular, superficial	Choro forte
Tônus muscular	Atonia ou Hipotonia	Ligeira flexão das extremidades	Movimentos ativos
Irritabilidade reflexa	Ausente	Careta	Espirro, tosse
Cor da pele	Cianose/Palidez	Cianose das Extremidades	Rósea

De 0 a 3: Deprimido

De 3 a 7: Levemente deprimido

De 7 a 10: Bom estado vital.

### **Classificação do recém-nascido**

#### **Capurro:**

Segundo Monticelli e Oliveira (2002) esta avaliação contempla as seguintes variáveis: textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, pregas plantares e formação do mamilo.

#### Textura da Pele:

0 – muito fina, gelatinosa.

5 – fina e lisa.

10 – algo mais grossa, discreta descamação superficial.

15 – grossa, rugas superficiais, descamação nas mãos e pés.

20 – grossa, apergaminhada.

#### Forma da orelha:

0 – chata, disforme, pavilhão não encurvado.

8 – pavilhão parcialmente encurvado na borda.

16 – pavilhão parcialmente encurvado em toda parte superior.

24 – pavilhão totalmente encurvado.

Glândula mamária:

0 – não palpável.

5 – palpável, menos de 5 mm.

10 – entre 5 e 10 mm.

15 – maior que 10 mm.

Pregas plantares:

0 – sem pregas.

5 – marcas mal definidas sobre a parte anterior da palma.

10 – marcas bem definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior.

15 – sulcos na metade anterior da planta.

20 – sulcos em mais da metade anterior da planta.

Formação do mamilo:

0 – apenas visível;

5 – aréola pigmentada, diâmetro inferior a 7,5 mm.

10 - aréola pigmentada, pontiaguda, diâmetro inferior a 7,5 mm, bordo não levando.

15 – bordo levantado, diâmetro superior a 7,5 mm.

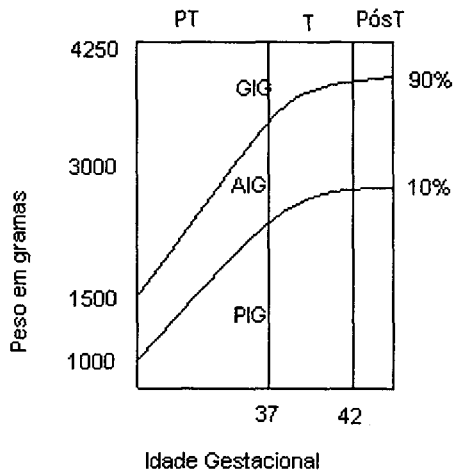
A fórmula para se calcular a Idade Gestacional por Capurro é:

$$IG = (204 + \text{contagem de pontos}) \div 7$$

**Lubchenco** (apud MONTICELLI e OLIVEIRA, 2002):

- Pré-termo (PT): nascidos com menos de 37 semanas, isto é, até 36 semanas e seis dias.
- A termo (T): nascidos entre 37 e 42 semanas de gestação.
- Pós-termo (PT): nascidos após 42 semanas de gestação.

### **IG X Peso:**



Segundo Monticelli e Oliveira (2002), esta tabela permite compreender o crescimento intrauterino em função do peso e da idade gestacional. São traçadas duas linhas imaginárias (uma horizontal referente ao peso e outra vertical referente a idade gestacional). O ponto de encontro entre as duas retas indicará em qual categoria o neonato se insere.

- Adequado para a idade gestacional (AIG): entre o percentil 10 e 90.
- Grande para a idade Gestacional (GIG): acima do percentil 90.
- Pequeno para a idade gestacional (PIG): abaixo do percentil 10.

## **Assistência mediata ao recém-nascido**

Conforme Monticelli e Oliveira (2002), após as duas primeiras horas, ainda no CO, o RN deverá receber sua primeira higiene corporal completa e deverá ser submetido ao primeiro exame físico e ter seus reflexos avaliados.

### **Exame Físico:**

- Sinais Vitais: temperatura deve estar entre 36° C e 37° C. A frequência respiratória pode variar entre 30 e 50 mrm, o tipo deve ser abdominal. Observar sinais de esforço respiratório. A frequência cardíaca pode variar entre 100 e 160 bpm no RNT, dependendo de seu estado de sono/vigília.
- Aparência: o RNT possui cabeça grande, face arredondada e corada, e sua mandíbula é pequena. O tórax é cilíndrico. A musculatura abdominal é flácida e o abdome proeminente. MMSS e II pequenos em relação ao corpo. Podem apresentar tremor maxilar.
- Postura: posição de conforto com MMSS fletidos e MMII semi-fletidos.
- Estado de sono e vigília:
  - Estado 1: sono profundo
  - Estado 2: sono leve
  - Estado 3: sonolento
  - Estado 4: alerta
  - Estado 5: alerta com atividade motora importante
  - Estado 6: chora vigorosamente

- Fácies: observar se o ápice das orelhas coincide com as fissuras palpebrais, avaliar o formato do nariz, o tamanho da fronte e da mandíbula e a expressão do neonato.
- Pele e anexos: observar coloração e integridade da pele, conferir presença de vérnix caseoso, millium sebáceo, eritema tóxico, lanugem protetora, acrocianose ou mancha mongólica.
- Crânio: está relacionado à posição intrauterina e tipo de parto. O cavalgamento de suturas é esperado e pode permanecer até o quinto dia. Observar presença de cefalohematoma e bossa sanguinolenta. Pesquisar também cranioestenose ou craniossinostose. Avaliar estado das fontanelas. A anterior pode variar de 13 a 28 mm. A lambdóide não deve ser maior que uma polpa digital ou poderá estar fechada.
- Olhos: verificar edema de pálpebras e transparência ou opacidade do cristalino. Hemorragias conjuntivais são comuns e inócuas. Verificar se as pupilas são fotorreagentes.
- Nariz: possui base achatada, ponta arredondada e situado um pouco mais alto na face.
- Orelhas: observar implantação e anormalidades do pavilhão auditivo.
- Boca: observar integridade e coloração das mucosas, presença de pérola de Epstein, tamanho e textura da língua, presença e situação anatômica dos frênulos labial e sublingual. Inspeccionar malformações bucais como fissuras palatinas ou lábio leporino.
- Pescoço: verificar movimentos de rotação e flexão.
- Tórax: avaliar função respiratória e cardíaca, observar forma e simetria torácica que normalmente é cilíndrico e simétrico. As mamas poderão estar ingurgitadas.
- Abdome: inspecionar cuidadosamente distensão abdominal excessiva ou assimetria. Palpar e verificar tamanho do fígado (2 a 3 cm abaixo do rebordo costal direito) e do baço (1 cm abaixo do rebordo costal esquerdo). Observar presença de ruídos hidroaéreos com o uso do estetoscópio. A eliminação de mecônio indica trânsito intestinal livre. Observar presença de hérnias umbilicais ou inguinais.
- Coto umbilical: inspecionar número de vasos, coloração, sangramentos.

- Aparelho genitourinário e ânus: nos meninos observa-se tamanho do pênis (3,5 a 4 cm aproximadamente) e aderência do prepúcio a glândula. No RNT o escroto é rugoso e pode apresentar algum grau de hidrocele. Palpar os testículos, verificando sua localização, simetria e consistência. Verificar posição do meato uretral. Nas meninas os pequenos lábios são proeminentes podendo haver presença fisiológica de secreção translúcida ou sanguinolenta na vagina. Verificar a posição e a permeabilidade do ânus. A primeira micção e a primeira evacuação ocorrem dentro das primeiras 48 horas de vida.
- Membros: realizar manobra de Ortolani-Barlow. Observar simetria das pregas cutâneas, inspecionar os pés realizando dorsiflexão. Nos MMSS avaliar a simetria dos movimentos, analisar a palma das mãos. Pesquisar polidactilia, sindactilia ou clinodactilias nas mãos e nos pés.
- Dorso e nádegas: palpar o dorso em busca de anomalias grosseiras na coluna vertebral. Observar simetria e coloração das nádegas. Observar simetria das pregas glúteas.
- Pesquisa de reflexos: ciliar, sucção, perioral, preensão palmar e plantar, babinski, deambulação, moro.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico serve como mapa para guiar e orientar o pesquisador durante toda a sua pesquisa.

Conforme Scheuer, et al (2004) o marco conceitual deve servir para guiar a prática assistencial, constituindo num conjunto de crenças, valores, conhecimentos e técnicas que guiam o pensamento e as ações dos indivíduos.

Segundo Alves (2003) o marco teórico permite que o autor realize seu vôo significativo, saindo do conhecimento empírico para encontrar pressupostos teóricos que dão sustentação às idéias. Permite realizar a construção de conceitos básicos que favoreçam o caminhar na busca de responder ao problema.

A teoria por nós escolhida foi a Teoria transcultural de Madeleine Leininger porque acredita-se que a gestação e o parto são momentos que envolvem fortemente a cultura do indivíduo/família, cercada de sentimentos de medo, atitudes, crenças e valores que devem ser aceitos e trabalhados. Acreditamos que a cultura de cada indivíduo deve ser considerada pelo enfermeiro e equipe de enfermagem na sua prática assistencial para que seja implementado um cuidado individual e humanizado a cada cliente.

O processo de nascimento como um todo é um processo fisiológico carregado de significado na especificidade de cada cultura, que designa formas apropriadas de sentir e se comportar socialmente (HELMAN, 1994).



#### 4.1 CONHECENDO MADELEINE LEININGER

Segundo George (2000), Madeleine Leininger fez seu curso básico em enfermagem na *St Anthony's School of Nursing*, em Denver, CO e formou-se em 1948. Em 1950 conseguiu grau de Bacharel em Ciências, no *Benedictine College, Atchinson, kS*. No ano de 1953 conseguiu seu grau de Mestre em Enfermagem, na *Catholic University*, em Washington, DC e em 1965 obteve o grau de Doutora em Antropologia, na *University of Washington, Seattle*. Leininger é membro da *American Academy of Nursing* e possui o título de PhD pelo *Benedictine College*. É fundadora do subcampo transcultural de enfermagem.

Durante a metade dos anos 50, Leininger vivenciou o que ela descreve como um choque cultural, enquanto trabalhava como especialista em enfermagem clínica com crianças perturbadas e seus pais. Pôde observar diferenças repetidas de comportamento entre as crianças e concluiu que estas diferenças possuíam uma base cultural. Ela identificou uma ausência de conhecimento das culturas das crianças como o elo que faltava à enfermagem para que compreendesse as variações no cuidado aos clientes. Isso a levou a ser a primeira enfermeira profissional no mundo a obter um doutorado em antropologia e levou ao desenvolvimento do novo campo da enfermagem transcultural, como um subcampo da enfermagem.

Leininger utilizou pela primeira vez os termos “enfermagem transcultural”, “etnoenfermagem” e “enfermagem *cross-cultural*”, nos anos 60 e em 1985, Leininger publicou a primeira apresentação de seu trabalho como teoria. Em 1988 apresentou seus pressupostos e definiu alguns de seus conceitos que, segundo ela mesma, podem ser mudados conforme cada cultura em estudo. Em 1995 publicou o livro “*Transcultural Nursing: Concepts, research and practice*”, e continuou escrevendo artigos e editando no “*Journal of Transcultural Nursing*”.

## 4.2 A TEORIA TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Desde os anos 50, Madeleine Leininger vem desenvolvendo sua teoria.

Segundo Minati (1997), Leininger foi a primeira e maior contribuinte para a teoria do cuidar/cuidado aos seres humanos. Já na década de 50, identificou diferenças nas formas das pessoas expressarem e se comportarem em relação ao cuidado de enfermagem, diferenças estas que pareciam estar fortemente ligadas à cultura de cada indivíduo. Assim, procurou complementar seus estudos com Antropologia, e concluiu que o conhecimento das culturas era o que faltava à enfermagem para que compreendesse as variações no cuidado aos clientes.

Leininger construiu sua teoria transcultural com base na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas de saúde. “Com base em tal premissa, o cuidado de enfermagem deriva-se do contexto cultural no qual ele deve ser propiciado e desenvolve-se a partir dele” (GEORGE, 2000. p. 287).

Madeleine Leininger deu a sua teoria o nome de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado, fundamentada num modelo transcultural de enfermagem chamado de Modelo *Sunrise* (Sol Nascente) (Anexo B).

Segundo George (2000) esse modelo pode ser entendido como tendo quatro níveis. O primeiro é o mais abstrato e o último o menos abstrato. Os níveis de um a três oferecem a base de conhecimentos para o planejamento e execução do cuidado cultural coerente. O nível um é a visão de mundo e o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura. O nível dois oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos, em vários sistemas de saúde. O nível três focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem. O nível quatro é o nível das decisões do cuidado em

enfermagem, e envolve a preservação, a acomodação e a repadronização cultural do cuidado. Madeleine Leininger não descreve uma metodologia específica para o cuidado de enfermagem, mas pode-se evidenciar que existem pontos em comum entre o processo de enfermagem e o modelo *Sunrise*, pois ambos focalizam o cliente e visam solucionar problemas, sendo o único diferencial entre esses dois o fato de no modelo *Sunrise* haver uma compreensão e valorização da cultura de cada indivíduo/família/comunidade.

Segundo Silva (2003), Leininger deixa claro que o cuidado culturalmente congruente de enfermagem só acontece quando ocorrem ações ou decisões assistenciais em conjunto. As decisões e ações de cuidado de enfermagem devem ser coerentes com a cultura e a necessidade de cada cliente, e para isso deve haver a preservação, adaptação ou a repadronização cultural do cuidado, sendo que através de suas ações, os profissionais da área da saúde devem buscar resultados que se ajustem aos valores, crenças, cultura e hábitos, satisfatórios a saúde.

Leininger, apud George (2000) apresenta 3 tipos de ações de enfermagem que possuem base cultural, coerentes com as necessidades e valores dos clientes, reduzindo assim o estresse cultural e o potencial para o conflito, entre o cliente e o cuidador:

**Preservação/Manutenção Cultural do Cuidado:** as ações profissionais focalizam o apoio, o auxílio ou a capacitação dos clientes, para que mantenham saúde favorável, para que se restabeleçam de uma doença ou para que enfrentem a morte.

**Acomodação/Adaptação/Negociação Cultural do Cuidado:** centralizam seu foco em ações profissionais de capacitação, auxílio ou apoio que representem maneiras de adaptar a saúde do cliente aos padrões de cuidado, para um estado benéfico de saúde ou para enfrentar a morte.

Repadronização/Restruturação Cultural do Cuidado: ações profissionais que buscam ajudar os clientes a modificar alguns padrões significativos de vida e de saúde para padrões que serão considerados mais saudáveis para eles.

Segundo George (2000), a teoria de Leininger apresenta pontos fortes e pontos fracos. Um dos principais pontos fortes é o reconhecimento da importância da cultura e da influência da mesma sobre tudo aquilo que envolve os alvos e os provedores do cuidado de enfermagem. Outro ponto forte é o Modelo Sunrise, que proporciona orientação para áreas em que há necessidade de coleta de informações, porém a complexidade deste modelo pode ser entendida tanto como um ponto forte como um ponto limitante, pois assim como a complexidade enfatiza a importância da inclusão de conceitos antropológicos e culturais na educação e prática de enfermagem, pode levar a interpretações errôneas ou à rejeição. Alguns pontos fracos da teoria incluem a quantidade limitada de enfermeiras graduadas, academicamente preparadas, para realizar investigações necessárias para propiciar o cuidado transcultural. Algumas enfermeiras, mesmo que preparadas, acaba havendo uma certa “imposição cultural” por parte das mesmas, que acabam misturando seu valores pessoais. Outro ponto fraco é o fato de existirem poucos programas de enfermagem que incluem cursos e experiências de aprendizagem transcultural.

### 4.3 ALGUNS PRESSUPOSTOS DE MADELEINE LEININGER

- Os seres humanos são seres culturais, capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de implementar cuidado aos outros seres humanos, em vários ambientes e de muitas maneiras (apud GEORGE, 2000).

- Todas as culturas apresentam práticas de cuidado de saúde profissionais e populares (apud GEORGE, 2000).

- O cuidado é essencial a sobrevivências dos seres humanos, bem como para seu desenvolvimento e habilidades para lidar com acontecimentos graves, inclusive as doenças, as deficiências e a morte (apud GEORGE, 2000).

- A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural, pois enfermeiros oferecem cuidado a pessoas de várias culturas diferentes (apud GEORGE, 2000).

- A enfermagem precisa basear-se no conhecimento e nas habilidades de cuidado transcultural (apud GEORGE, 2000).

- O cuidado próprio, e outros padrões de cuidado, existem em todas as culturas (apud MINATI et al, 1997).

- O cuidado humanizado é Universal e característica central, dominante e unificadora da enfermagem, existindo diversos padrões que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas (apud MINATI et al, 1997).

## 4.4 CONCEITOS NORTEADORES DO ESTUDO

### 4.4.1 Ser Humano

Ser provedor e capaz de preocupar-se acerca das necessidades, do bem estar e da sobrevivência dos outros. Os homens sobreviveram em suas culturas, através da localização e do tempo, de inúmeras maneiras e em variados ambientes. São seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com culturas, necessidades e cenários diferentes (LEININGER apud GEORGE, 2000. p. 291).

É um ser único, individual, social, relacional e cultural que aprende, partilha e padroniza suas ações (LANGDON apud COLLAÇO, 2002).

Neste estudo o ser humano corresponde à mulher parturiente, o recém-nascido, aos profissionais envolvidos no cuidado e principalmente o pai, acompanhante da mulher parturiente no centro obstétrico e o pai participante do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC.

A mulher parturiente é vista como mulher e mãe inserida em uma sociedade que em algum momento de sua vida passa a desempenhar mais um papel, o de mãe, além dos que já exercia como cidadã, filha, mulher, esposa, trabalhadora, etc. (COLLAÇO, 2002). É aquela que neste momento experimenta o processo de nascimento junto de seu companheiro, de acordo com sua cultura.

O pai é visto como o homem que em algum momento de sua vida passa a desempenhar seu papel de pai, vivenciando com sua companheira o surgimento de um novo ser. Esta experiência é vivenciada também de acordo com sua visão de mundo, sua cultura (COLLAÇO, 2002).

O recém-nascido é um ser humano liminar, em passagem. Encontra-se num grau intermediário entre a natureza e a cultura. (MONTICELLI, 1994). Sofre influencia da cultura da mãe, pai, família e comunidade em que se insere. (SILVA et al, 2004)

Para nós, o profissional , como ser humano, tem suas próprias crenças e valores, advindos de sua cultura e deve ter consciência de que lida com indivíduos de culturas diferentes da sua, para não ter atitude julgadora e não deixar que sua cultura influencie no cuidado aos indivíduos.

#### **4.4.2 Família**

Família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que vivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse ou afetividade. Tem identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por uma cultura e nível sócio-econômico (ELSEN et al. 1989)\*.

Para o nosso trabalho a família é representada pelo Pai, mulher parturiente e recém-nascido.

#### **4.4.3 Ambiente/Sociedade**

O contexto ambiental é definido como a “totalidade de um acontecimento, situação ou experiência. Focaliza um determinado grupo (sociedade) e os padrões das ações, pensamentos e decisões que ocorrem como resultado dos valores, crenças, normas e práticas de vida, aprendidos, partilhados e transmitidos” (LEININGER, apud GEORGE, 2000. p. 291).

\* Conceito extraído do material didático da disciplina Enfermagem na Atenção primária à saúde, da quarta unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem-UFSC.

Neste estudo, o ambiente é o centro obstétrico principalmente e grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, onde o pai vivencia o processo de nascimento junto de sua companheira, trazendo consigo suas crenças e valores, advindos de sua cultura.

#### **4.4.4 Saúde/Doença**

Estado de bem estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos possuem para realizar suas atividades cotidianas de uma forma culturalmente satisfatória. A saúde é universal a todas as culturas embora seja definida no âmbito de cada cultura, numa forma que reflita as crenças, valores e práticas daquela determinada cultura. (LEININGER, apud GEORGE, 2000. p. 291).

Para o nosso estudo, saúde é um estado de bem estar e conforto proporcionado à mulher parturiente e recém-nascido, pelo pai/equipe através de cuidados que lhes devem ser oferecidos, respeitando sua cultura, diminuindo assim a duração do trabalho de parto e o “sofrimento” ocasionado pelas dores, desconfortos e ansiedade presentes neste período e para que o recém-nascido possa adaptar-se de forma natural e satisfatória à vida extra-uterina.

Para definir a saúde durante o processo fisiológico que é o trabalho de parto, encontram-se algumas dificuldades. Nesse momento é impossível encontrar um “perfeito bem-estar físico, mental e social” pois, mesmo na evolução normal do trabalho de parto, ocorrem diversos sinais e sintomas incômodos, físicos e mentais. Por exemplo, a dor durante as contrações, que não só integra o processo normal do nascimento como parece ser benéfica evolução do trabalho de parto (ROBERTSON, 2001).

O trabalho de parto saudável também é aquele que progride normalmente, sem distócias e intervenções, durante o qual a mulher parturiente se sente amparada e segura (KNOBEL, 2004).



Qualquer fator que possa interferir física ou psicologicamente, de modo negativo nessa capacidade de o indivíduo adaptar-se em um ambiente de forma satisfatória ou na evolução do trabalho de parto pode ser considerado como falta de saúde, ou seja, como uma doença.

#### **4.4.5 Enfermagem**

Segundo Leininger, enfermagem é essencialmente uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidado a povos de diversas culturas. (LEININGER apud GEORGE, 2000).

Para nós, a enfermagem é definida como Ciência e Arte que possui seu próprio campo de conhecimento científico, que tem o objetivo de implementar cuidados ao indivíduo/família/comunidade de forma a prevenir enfermidades, ajudar na manutenção e recuperação da saúde e a enfrentar a enfermidade e a morte, valorizando a cultura de cada pessoa envolvida. No centro obstétrico a enfermagem deve implementar cuidados à mulher parturiente, ao pai ou outro acompanhante e ao recém-nascido.

#### **4.4.6 Enfermeira**

A enfermeira é um ser humano que traz consigo, além da sua definição pessoal-cultural do que deve ser o cuidado, todos os significados e práticas do cuidado científico, ou seja, da assistência de enfermagem que lhe foi transmitida durante sua formação profissional. (LEININGER apud GEORGE, 1993, SILVA et al., 2004). A enfermeira ao exercer o cuidado profissional tem que incorporá-lo ao cuidado cultural/popular.

Durante o trabalho de parto, a enfermeira deve implementar cuidados à mulher parturiente, ao pai ou outro acompanhante e ao recém-nascido, conhecendo e valorizando o

“saber” de cada um, de modo a interferir o mínimo possível nas crenças e valores que estes trazem consigo.

#### **4.4.7 Cultura**

“São os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas” (LEININGER apud GEORGE, 2000. p. 287).

#### **4.4.8 Cuidado Cultural**

São valores, crenças e expressões, padronizados, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem estar, a melhorar uma condição de vida humana ou enfrentar a morte (LEININGER apud GEORGE, 2000).

### **DIVERSIDADE CULTURAL DE CUIDADO**

“Variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida humano, ou para enfrentar a morte” (LEININGER apud GEORGE, 2000. p. 287).

### **UNIVERSALIDADE CULTURAL DO CUIDADO**

“Significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado comuns, semelhantes ou uniformes, culturalmente originários dos homens, para seu bem estar ou para aperfeiçoar a condição ou modo de vida dos homens ou para enfrentar a morte” (LEININGER apud GEORGE, 2000. p. 288).

## SISTEMAS POPULARES DE SAÚDE

“Práticas de cura ou de cuidado de saúde nativas, locais ou tradicionais que possuem significados e usos especiais para curar ou ajudar as pessoas, geralmente oferecidos em casas de família ou em contextos ambientais comunitários, com seus profissionais do local” (LEININGER apud GEORGE, 2000. p. 288).

## SISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE

“Serviço de cuidado ou de cura profissionais, oferecidos por pessoal de saúde, diversificado, que foi preparado, através de programas de estudo profissionais e formais, em instituições educacionais especiais” (LEININGER apud GEORGE, 2000. p. 288).

## CUIDADO POPULAR

Para nós, são cuidados prestados, que não necessitam de comprovação científica formal, onde o agente cuidador geralmente é um familiar ou amigo sem formação profissional em saúde. Surge a partir de crenças e valores da cultura em que estão inseridos e contem informações tanto do sistema profissional como do popular de saúde.

## CUIDADO PROFISSIONAL

Para nós, são cuidados prestados por profissional habilitado na área da saúde que possui conhecimento científico e que segue normas e técnicas pré-estabelecidas.

Para o nosso estudo, no Centro Obstétrico deve contemplar o Pai, a mulher parturiente e o recém-nascido.

#### **4.4.9 Processo de Nascimento**

É um momento especial da vida que confere vivências pessoais e coletivas para a promoção do desenvolvimento humano. Este processo é compreendido desde a pré-concepção até o puerpério, sendo que as pessoas que o estão vivenciando influenciam e são influenciadas pelo contexto sócio-cultural. Por tratar-se de um processo de transição maturacional e social, os seres humanos que vivenciam o processo de nascimento podem necessitar de assistência profissional interdisciplinar \*.

Para nós, é o período que vai desde a concepção ao puerpério. Não corresponde apenas à fisiologia da gestação e parto. Compreende também as emoções, sensações e experiências vivenciadas neste período, sendo influenciado por fatores culturais.

\* Conceito construído para o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica-UFSC, apresentado no manual do aluno 1999/2000.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 LOCAL DE ESTUDO

A prática Assistencial foi realizada no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário–UFSC, em Florianópolis – SC, com participações no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, entre os dias 31 de março e 4 de junho de 2004, nos períodos matutino e noturno, totalizando 220 horas no Centro obstétrico e 28 horas no grupo de gestantes e/ou casais grávidos.

O HU é um hospital escola vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina, sendo uma instituição Federal Pública e gratuita que atende exclusivamente pelo Sistema único de Saúde (SUS). É classificado como hospital geral e tem como finalidades promover a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão na área da saúde e afins.

Serve, portanto como campo de ensino, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e departamentos da UFSC e presta assistência à comunidade na área de saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária (SCHEUER, et al, 2004).

A maternidade do HU foi inaugurada em 24 de outubro de 1995. Tem como filosofia a humanização da assistência à mulher, ao recém-nascido e à família. A interdisciplinaridade é também um princípio que norteia a filosofia da maternidade, o que permite o envolvimento de profissionais de diversas áreas do conhecimento: médicos, equipe de enfermagem, psicóloga, nutricionista e assistente social.

Essas premissas de humanização do atendimento e interdisciplinaridade se expressam enquanto prática, através de uma série de condutas e atividades que buscam atender diversos aspectos relacionados com o parto, o nascimento e a saúde.

Conforme a Filosofia da Maternidade (Anexo C), as clientes podem ter um acompanhante, de sua escolha, dando ênfase ao pai do bebê. Atualmente a maternidade se divide em: Triagem, Centro Obstétrico, Neonatologia e Alojamento Conjunto. Juntamente com a inauguração da maternidade foi criada a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), que presta orientações e cuidados às mulheres parturientes e puérperas em relação à amamentação.

A maternidade do Hospital Universitário recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 17 de dezembro de 1997, tendo como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mediante adoção dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno. Recebeu o prêmio Galba de Araújo em julho de 2000, outorgado a instituições que se destacam pela assistência humanizada ao nascimento.

O Centro Obstétrico do HU, local onde nosso projeto foi desenvolvido e implementado, é composto por uma área semi-restrita e uma área restrita.

Área semi-restrita: 2 salas de pré-parto com 2 leitos cada uma; Um corredor externo onde circulam as mulheres parturientes e acompanhantes que dão entrada no C.O.; sala de repouso para os médicos; expurgo; 2 banheiros para pacientes; posto de enfermagem; sala de preparo de medicações; corredor de circulação interna; sala de observação; sala para exame de cardiotocografia; vestiário masculino; vestiário feminino e sala de lanches.

Área restrita: 1 sala de recuperação com 4 leitos; 1 expurgo; 3 salas de parto, sendo 2 para parto normal vertical e horizontal e uma somente para realização de parto cesáreo; Sala de atendimento ao RN; Sala de estoque de material; Sala de repouso da Enfermagem; Sala de repouso para os acadêmicos de medicina e corredores externos e internos.

Os encontros do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC ocorrem todas as quintas-feiras no grêmio do HU, no horário das 14h as 17:30h.

## 5.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Pais que se encontraram no Centro Obstétrico da maternidade do HU-UFSC como acompanhantes das mulheres parturientes e pais que freqüentaram o grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, considerando sua vontade ou não de participar das atividades propostas.

## 5.3 MÉTDO DE COLETA E REGISTRO DOS DADOS

No Centro Obstétrico, o método de seleção dos pais foi através da observação e diálogo informal realizados inicialmente. Procuramos escolher pais que reagiam diferentemente durante o processo de nascimento. Damos prioridade também em realizar a entrevista nos casos em que seria possível acompanharmos o parto para podermos observar a reação destes pais e inseri-los no cuidado a mulher parturiente e ao recém-nascido.

No grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC escolhemos os pais mais participativos no decorrer dos encontros.

Todos os dados foram registrados por escrito no momento da entrevista. Enquanto uma de nós entrevistava a outra fazia as anotações, revezando os papéis a cada entrevista.

## 5.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Utilizamos como referencial teórico a Teoria de Leininger, porém a mesma não descreve uma metodologia específica para execução do processo de enfermagem. Utilizamos então o modelo de processo de enfermagem inspirado no “Processo de Cuidar”, utilizado por Silva, et al (2004) por acreditarmos ser este o método que atenderia melhor as nossas expectativas de conhecermos as crenças e valores do pai acerca do processo de nascimento.

### 1ª etapa: Conhecer a Situação:

Foi o momento de encontro entre estagiárias, a mulher parturiente e o pai no Centro obstétrico ou entre estagiárias, a mulher gestante e o pai no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC. Neste momento nos apresentamos, explicamos a proposta e os objetivos do nosso estudo e obtivemos a participação do pai através do preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), de acordo com as diretrizes e normas da resolução nº 196/96.

Foi neste momento também que começamos, através da observação e diálogo, a conhecer o casal, seus sentimentos, sua cultura, seu modo de vida e seus hábitos, principalmente sobre o processo de nascimento.

Realizamos também a entrevista, conforme roteiro (Apêndices B e C), ao pai, buscando conhecer seu contexto social, seus sentimentos, crenças e valores sobre o processo de nascimento e sua visão da paternidade, bem como seu interesse em participar do trabalho de parto e parto.



## 2ª etapa: Refletir sobre a situação:

Nessa etapa, com base nos dados levantados através do diálogo, da observação e da entrevista, fizemos uma reflexão sobre a situação e sobre os sentimentos, crenças e valores do pai que permeiam o processo de nascimento.

## 3ª etapa: Planejar e implementar o cuidado:

Nesta etapa buscamos, em conjunto com o pai e a mulher parturiente, caminhos para adequação do cuidado profissional com o cuidado popular no processo de nascimento, mantendo, adaptando ou repadronizando o cuidado cultural, e tentamos inserir o pai neste processo. Foi também nesta etapa que estimulamos o pai a participar, junto à equipe, do cuidado a mulher parturiente e ao recém-nascido no centro obstétrico. Após o parto aplicamos a segunda etapa da entrevista.

## 4ª etapa: Avaliar o cuidado:

Foi nesta etapa que avaliamos o cuidado implementado ao pai, à mulher parturiente e ao recém-nascido e identificamos se os nossos objetivos foram alcançados. É importante lembrar que avaliamos sempre, em todas as etapas do processo, para verificar se os métodos utilizados para o estudo, em cada etapa, estavam sendo satisfatórios aos objetivos.

## 5.5 PLANO DE AÇÃO

Neste estudo foram propostas as seguintes estratégias na tentativa de alcançar os objetivos mencionados:

1 – Objetivo: Identificar, junto ao pai no centro obstétrico, sentimentos, crenças e valores, relacionados ao processo de nascimento.

Estratégias: observar, dialogar e ouvir os sentimentos, crenças e valores do pai sobre o processo de nascimento, identificando os aspectos que influenciam diretamente na forma de agir no centro obstétrico; realizar uma entrevista de acordo com o roteiro, composto de duas etapas, a 5 pais com o propósito de obter informações sobre sentimentos, crenças, valores e hábitos do pai relacionados ao processo de nascimento (Apêndice C); interagir com o casal através de diálogo e observação do cuidado implementado.

Avaliação: o objetivo será atingido se aplicarmos as estratégias.

2 – Objetivo: Planejar e implementar cuidados ao pai, envolvendo-o no cuidado à mulher parturiente e ao recém-nascido, no centro obstétrico, de forma a preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado cultural.

Estratégias: implementar cuidados de enfermagem ao pai, mulher parturiente e recém-nascido, respeitando suas crenças e valores, seguindo as ações de enfermagem com base cultural descritas por Leininger; incentivar a participação do pai no cuidado cultural à mulher parturiente e recém-nascido; orientar e esclarecer dúvidas do pai e mulher parturiente sobre o

processo de nascimento, preservando, acomodando ou repadronizando o cuidado, considerando seus aspectos culturais; registrar os cuidados prestados.

Avaliação: o objetivo será atingido se aplicarmos as estratégias.

3 – Objetivo: Participar do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC a fim de conhecer sentimentos, crenças e valores do pai, sobre o processo de nascimento.

Estratégias: freqüentar os encontros do grupo de gestantes ou casais grávidos do HU-UFSC nas quintas feiras das 14h as 17:30h; observar as expectativas do pai e da mulher gestante, referentes ao processo de nascimento; realizar uma entrevista de acordo com o roteiro a 4 pais com propósito de obter informações sobre seus sentimentos, crenças e valores durante o processo de nascimento (Apêndice B); dialogar com os casais de maneira informal.

Avaliação: o objetivo será atingido se aplicarmos as estratégias.

4 – Objetivo: Buscar aprofundar e ampliar os conhecimentos em relação à teoria de Madeleine Leininger e a enfermagem obstétrica e neonatal.

Estratégias: revisar temas referentes aos assuntos citados; discutir com a orientadora e supervisoras sobre os temas a serem revisados; participar de eventos que contemplem nossos interesses.

Avaliação: o objetivo será atingido se aplicarmos as estratégias.

## **6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste momento, apresentaremos como foram desenvolvidas as atividades no decorrer da prática assistencial no Centro Obstétrico e no Grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC. Tendo em vista o objetivo geral de “Conhecer como o pai vivencia o processo de nascimento e implementar cuidados ao pai, à mulher parturiente e ao recém-nascido, utilizando como referencial a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger”, visou-se também ao alcance dos objetivos específicos que nortearam nosso estudo, cujos resultados descreveremos a seguir, logo após a apresentação do perfil dos pais selecionados.

Cabe ressaltar que durante a prática assistencial implementamos cuidados a um total de 28 pais no centro obstétrico, dos quais selecionamos 5 para apresentar o relato de caso e destes, 2 para apresentar o processo de enfermagem. No grupo de gestantes e/ou casais grávidos, convivemos com 7 pais, dentre os quais selecionamos 4 para realizar a entrevista.

### **Perfil dos pais selecionados:**

Abaixo destacaremos o perfil dos pais selecionados no centro obstétrico e Grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC.

Quanto à faixa etária, dos 5 pais selecionados no Centro Obstétrico, 4 compreendem a faixa etária de 20 a 30 anos e 1 está entre 30 e 40 anos.

Dos 4 pais selecionados no grupo de gestantes e/ou casais grávidos, 1 compreende a faixa etária de 20 a 30 anos e 3 estão entre 30 e 40 anos.

Muitos homens tentam ao máximo adiar a sua paternidade - ou porque não estão preparados para o efeito, por que talvez nunca desejaram tal papel, ou mesmo porque a sua infância os marcou negativamente. No entanto quando se tornam pais, pensam que afinal

gostariam de tê-lo sido mais cedo. Não existe, porém, uma idade ideal para um homem se tornar pai. Até por que por volta dos 40 ou 50 anos, já aprendeu muitas experiências que o vão ajudar a ser pai (VIDA-ON, 2004).

Quanto à escolaridade, 2 pais selecionados no centro obstétrico apresentam 1º grau incompleto, 2 apresentam 2º grau incompleto e somente 1 apresenta nível superior completo. A análise dos dados nos permite concluir que a maioria não apresenta 1º e 2º graus completos, podendo isso estar relacionado ao fato de terem começado a trabalhar muito jovens para auxiliar no sustento da família, o que os levou a abandonar os estudos.

Dos pais selecionados no grupo de gestantes e/ou casais grávidos, 1 apresenta 2º grau incompleto, 2 apresentam nível superior completo e 1 não informou a escolaridade. Se compararmos os dados obtidos no centro obstétrico e no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, podemos perceber que os pais que participam do grupo apresentam grau de escolaridade maior em relação aos pais selecionados no centro obstétrico. Acreditamos que os que participam do grupo, em consequência da escolaridade, dispõem de melhor situação financeira e assim maior disponibilidade de tempo e condições de participar do grupo em horário comercial.

A análise dos dados coletados nas entrevistas com os pais no centro obstétrico nos mostra uma diversidade de profissões: 1 almoxarife, 1 servente, 1 pintor, 1 vendedor e 1 engenheiro. Apenas 1 dos pais selecionados no centro obstétrico tem profissão de nível superior sendo, a maioria, trabalhadores autônomos de profissões que não exigem alto grau de escolaridade.

No grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, dos pais selecionados, 2 têm profissão de nível superior, 1 é microempresário e 1 é estudante. Analisando esses dados, percebemos que pais com maior escolaridade e melhor situação financeira envolvem-se mais com a gestação de suas companheiras. Acreditamos que isto possa ocorrer por apresentarem

maior conhecimento em relação ao processo de nascimento e conseqüentemente maior interesse pelo assunto e disponibilizarem de mais tempo para participar desse processo.

Quanto ao estado civil, de acordo com os dados obtidos nas entrevistas, a maioria é de pais casados, outros moram junto com suas companheiras e outros são solteiros, mas com relacionamento estável. Acreditamos que os pais que são casados ou amasiados acompanham mais de perto a gestação de sua companheira e se envolvem mais com o processo de nascimento, levando-os a participarem do grupo de gestantes e/ou casais grávidos e a acompanharem o nascimento de seu filho com mais frequência do que os solteiros.

Em se tratando do número de filhos, segundo os dados obtidos no centro obstétrico e no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, a maioria dos pais estava à espera do primeiro filho.

Nota-se atualmente, de acordo com os dados da entrevista, a existência de uma predominância da religião católica, totalizando 6 pais. Apenas 1 pai é de religião evangélica e 2 disseram não ter religião.

**Objetivo 1 - Identificar, junto ao pai no centro obstétrico, sentimentos, crenças e valores, relacionados ao processo de nascimento.**

Realizamos a entrevista com 5 pais durante nossa prática assistencial. O método de seleção destes pais foi por meio da observação e do diálogo informal que realizávamos inicialmente. Através destes dados, optávamos por aplicar ou não à entrevista. Escolhemos pais que reagiam diferentemente durante o processo de nascimento, desde os bastante participativos, que participaram de grupo de gestantes e/ou casais grávidos, até aqueles que pouco participaram desde a gestação, pais de primeiro filho e pais que já tinham outros filhos.

Demos prioridade também por realizar a entrevista nos casos em que seria possível acompanharmos o parto para poder observar a reação destes pais e inseri-los no cuidado à mulher parturiente durante o parto e ao recém-nascido.

Após um diálogo informal com o pai e mulher parturiente apresentávamos os objetivos do nosso projeto. Em seguida, com o consentimento do pai, realizávamos a entrevista para coleta de dados (apêndice C). À medida que realizávamos a entrevista, observávamos as expressões do pai, da mulher parturiente e a interação do casal e percebíamos a importância dos sentimentos, crenças e valores revelados. Frequentemente a mulher parturiente complementava as respostas do pai, manifestando sua opinião e suas crenças.

Aos poucos, a interação com os pais e mulheres parturientes foi sendo estabelecida, deixando-os seguros e confiantes para esclarecerem suas dúvidas e manifestarem seus sentimentos, crenças e valores - dados de grande valor para o nosso estudo.

Em um primeiro momento achamos que seria difícil identificar crenças do pai sobre o processo de nascimento, pois, frequentemente, os pais não tinham crenças, apenas conheciam algumas por já terem ouvido falar.

Mesmo com os pais que não participaram de nossa entrevista, durante a assistência, observávamos e questionávamos sobre seus sentimentos, crenças e valores, como forma de obter dados para o nosso trabalho, totalizando 28 pais.

Os sentimentos manifestados por todos os pais foram de ansiedade, medo de que algo de errado acontecesse durante o parto, e muita felicidade. Alguns manifestaram medo de o cordão umbilical enrolar no pescoço do bebê, medo de malformação, medo de passar mal enquanto assiste ao parto, medo de manusear o recém-nascido e preocupação com as responsabilidades de se criar um filho. A dúvida sobre participar ou não do parto era frequente.

Segundo Maldonado (1997), é freqüente nos homens o medo de ter um filho malformado ou nascido de parto prematuro. Há também o temor com relação ao estado físico de sua companheira e o medo de que ela morra no parto.

A mesma autora diz ainda que este temor de ter um filho malformado, por sua importância, merece ser examinado mais detalhadamente. No decorrer da nossa infância iniciamos a formação de uma imagem básica de nós mesmos: às vezes nos vemos como pessoas muito boas, às vezes como pessoas extremamente más, sendo que todas essas sensações referentes à crença na nossa bondade e capacidade de fazer coisas boas ou à crença em nossa própria maldade, convergem com grande intensidade para a situação de ter um filho. Dar à luz filhos sadios representa ganhar um prêmio e não ter filhos ou ter filhos malformados ou doentes representa um castigo.

Segundo Raphael-Lef (1997) a presença do pai no momento do nascimento de seu filho pode também executar sua parte no preparo das reações emocionais protetoras. O nascimento salienta a diferença fundamental entre os sexos. É um confronto com os fatos básicos da vida que alguns homens tendem a não suportar. Os homens freqüentemente temem se sentir como uma peça de reserva no mundo da mulher e sentem-se culpados por tê-la feito atravessar esta penosa experiência. Enquanto se vêem incapazes de tomar parte nisso de maneira direta podem perceber o parto com uma sensação de vergonha pessoal ou desamparo perturbador. Acreditamos serem estes, fatores que levam o pai a não desejar participar do parto.

Observamos que os pais que estavam à espera do primeiro filho foram os que mais manifestaram medo de manusear o recém-nascido, e medo da responsabilidade. Os pais que já tinham outros filhos geralmente apresentavam-se mais tranquilos em relação ao parto e aos cuidados com o recém-nascido. Nenhum dos pais aos quais implementamos cuidados havia assistido algum parto anteriormente.



Alguns pais sentiram enjôos e aumentaram de peso durante a gestação de sua companheira. Esses sintomas são conhecidos como *Síndrome de Couvade*, em que, segundo Helman (1994) os homens sofrem de males físicos e/ou psicológicos durante a gestação, o parto e o puerpério de suas companheiras. Segundo Maldonado et al (1997) esses sintomas decorrem da inveja que alguns homens sentem da capacidade feminina de gerar um filho.

Enquanto implementávamos cuidados aos pais, observávamos suas reações, que freqüentemente evidenciavam o nervosismo e a tensão, como esfregar as mãos uma na outra; impaciência para ficar sentado tendo que permanecer andando a maior parte do tempo; pouca fala ou fala em excesso; questionavam a equipe de saúde sobre a demora do trabalho de parto; pediam autorização para sair para tomar café diversas vezes, etc.

Maldonado (1997) refere que o nervosismo e a agitação podem estar relacionados a temores relativos à paternidade.

Para nós, o medo dos riscos e do desconhecido também são fatores causadores de ansiedade e nervosismo no pai.

Tivemos a oportunidade de implementar cuidados a 2 pais que participaram do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU/UFSC, do qual também participamos. Estes eram mais tranquilos, apresentavam menos dúvidas em relação ao processo de nascimento e eram também mais participativos nos cuidados à mulher parturiente. Conheciam os tipos e posições para o parto, as vantagens e desvantagens de cada um e alguns cuidados com o recém-nascido. Esses manifestavam desejo de cortar o cordão umbilical de seu filho.

Rezende (1991) descreve que, entre os índios Tupinambá, o parto era assistido por outras mulheres e também por seu companheiro, que comprimia o ventre da mulher parturiente e cortava o cordão umbilical com os dentes ou com uma pedra aguçada.

Os assuntos relacionados aos grupos de preparação para o parto serão descritos no objetivo número 3.

Quando questionamos os pais sobre a participação paterna na gestação, todos disseram achar importante para dar apoio à mulher, porém muitos disseram que não as acompanharam nas consultas de pré-natal por motivo de trabalho e compromissos. Liebenberg apud Maldonado (1997), em seus estudos observou nos homens um aumento no ritmo de trabalho, principalmente a partir do segundo trimestre até o puerpério, com maior tendência a ausentar-se de casa por períodos mais prolongados, podendo essa reação ser uma forma de negação da paternidade.

Sabemos que a atividade profissional é de grande importância, principalmente na vida de um homem que, culturalmente, tem a função de prover o sustento da família. Nem sempre é possível faltar ao trabalho para acompanhar uma consulta ao lado de sua companheira, mas, mesmo aqueles que têm essa possibilidade, acabam por não participar das consultas por falta de interesse e por achar que sua presença não é importante. Muitos homens ainda vêem a gravidez como um evento exclusivamente feminino, do qual não fazem parte.

Um dos pais que entrevistamos disse achar estranha a participação masculina durante a gestação e principalmente durante o parto. Outro disse que durante o parto sua companheira estaria tão envolvida naquele acontecimento que nem notaria sua presença na sala de parto.

Percebemos nesse comentário uma demonstração de ciúme, onde o pai não era importante naquele momento em que seu filho estava nascendo. A atenção de sua companheira estaria voltada apenas ao bebê.

Maldonado (1997) refere que o homem pode sentir o feto como sendo um “intruso”, que roubará sua posição privilegiada diante da mulher, relegando-o a segundo plano.

Após o parto, realizávamos a segunda parte da entrevista e os pais relatavam que a experiência de participar do nascimento de seu filho tinha sido maravilhosa, um momento único. Mesmo os pais que inicialmente não queriam participar do parto e foram por nós

estimulados referiram muita alegria ao ver seu filho nascendo. Era comum observarmos lágrimas escorrerem na face dos pais nesse momento.

Durante os cuidados com o recém-nascido, os pais permaneciam ao lado de seu filho, alguns conversando, outros só observando. Eram comuns as perguntas a respeito dos cuidados com o coto umbilical e sobre o banho. Muitos pais demonstravam ansiedade ao perguntarem pela alta de suas companheiras e recém-nascidos e observamos que essas questões relacionadas à alta surgiam após o nascimento do bebê. Geralmente complementavam dizendo que queriam ir pra casa logo com seu filho e sua companheira, porque estavam cansados do ambiente hospitalar e para poderem curtir o filho.

Maldonado (1997) diz que as primeiras 24 horas após o nascimento do bebê constituem um período de recuperação do cansaço do parto.

Acreditamos que os pais que se envolvem com o trabalho de parto e em o parto de suas companheiras também ficam cansados e necessitam de recuperação, surgindo assim a vontade de ir para casa imediatamente após o parto.

### **Crenças e valores do pai, identificados durante a entrevista e durante a prática:**

- Preferência pelo parto horizontal por acharem mais confortável para a mulher.
- A mulher deve ficar em jejum durante o trabalho de parto.
- A mulher deve receber alimentos leves durante o trabalho de parto.
- A cesariana causa menos sofrimento à mulher.
- O bebê nasce quando há mudança de lua, principalmente quando a mudança é para lua cheia.
- Medo de manusear o recém-nascido, pois achavam que poderiam machucá-lo.

- Medo de limpar o coto umbilical do recém-nascido, pois causaria dor ao bebê ou poderiam arrancá-lo.
- A mulher deve ficar em repouso durante o trabalho de parto e após o parto, não podendo fazer exercícios e levantar peso.
- A mulher deve caminhar durante o trabalho de parto, pois a gravidade ajuda o bebê a nascer.
- Muitos não acreditavam que a bola e o cavalinho poderiam contribuir para o trabalho de parto.
- Alguns pais disseram que a mulher não deve lavar o cabelo logo após o parto, pois ouviram falar que pode fazer mal.
- Um pai comentou que foi dito à sua companheira que esta deveria lavar as partes íntimas com cachaça após o parto normal para cicatrizar, mas que não o fariam, pois não acreditavam que isso ajudaria no processo de cicatrização.
- Alguns pais disseram que atendiam aos desejos de sua companheira durante a gestação para ficar com a consciência tranquila, embora não acreditassem que poderia causar algum problema ao bebê caso não o fizessem.
- O leite materno é o melhor alimento para o bebê.
- Tomar cerveja preta durante a gestação e amamentação aumenta a produção de leite.
- Não se deve tirar foto de mulher grávida pois o flash da máquina causa ao bebê o mesmo mal que o raio-X.
- Não se deve fazer tricô durante a gestação, porque dá nó no cordão umbilical.
- Quando a barriga da gestante é larga e quadrada vai nascer uma menina, quando é pontuda nascerá um menino.
- Quando nasce menina, a mulher deve ficar 40 dias de resguardo e quando nasce menino, deve ficar 41 dias de resguardo.

- A cesariana e a episiotomia são procedimentos cirúrgicos e não devem ser realizados sem necessidade.

Após identificarmos as crenças e valores do pai sobre o processo de nascimento, buscamos auxílio na literatura para fundamentar a existência das mesmas e descreveremos a seguir.

Quanto ao medo de manusear o recém-nascido, Klaus e Kennel (1992) referem que alguns acompanhantes têm medo de tocar o recém-nascido, pois este parece ser desprotegido e frágil, mas na verdade o parto e a adaptação de todo o seu organismo a um meio diferente, mostraram que o neonato, apesar de ter alguns órgãos imaturos, está preparado para enfrentar e reagir a novas situações. Por isso é importante segurar o recém-nascido no colo, para estabelecer vínculo precoce entre o acompanhante e o bebê.

Em relação aos desejos que ocorrem durante a gestação, Maldonado (1997) refere que, assim como as aversões, são manifestações peculiares durante este período. Threthovan e Dickens apud Maldonado (1997) referem que os desejos podem ser baseados em superstições e folclore, segundo as quais quando um certo alimento desejado não é ingerido, o bebê fica desfigurado ou com alguma marca. Maldonado et al (1997) dizem que estas manifestações correspondem a necessidade da mulher de sentir-se mimada e merecedora de cuidados e atenções por parte de seu companheiro.

Essa maior necessidade de receber afeto e atenção faz com que o homem sinta-se excessivamente solicitado, muitas vezes causando um grande impacto na relação conjugal, pois é justamente neste período também que o homem tende a se sentir mais privado de atenção e cuidados (MALDONADO, 1997).

A crença de que a ingestão de cerveja preta pela gestante faz bem, porque aumenta a produção de leite, é contrariada por Minati et al (1997), que dizem que uma quantidade

excessiva de álcool durante o período de lactação pode prejudicar o recém-nascido, visto que é ingerida por ele junto com o leite materno.

Freqüentemente, os pais riam ao explicarmos os benefícios da bola e do cavalinho, não acreditando na eficiência dos exercícios nesses aparelhos. Muitas vezes, as próprias mulheres parturientes em um primeiro momento não aceitavam nossa explicação, recusando-se a usarem os aparelhos. Jica, apud Deuscher (2003), explica que para que a mulher parturiente não seja passiva durante o trabalho de parto, podem ser usados materiais que auxiliam no processo de nascimento como: a bola, que aumenta a força muscular do assoalho pélvico e massageia o períneo e o cavalinho, que alivia a tensão muscular na região lombar. (Anexo D).

Quanto às intervenções cirúrgicas no processo de nascimento, é importante destacar o uso exagerado de episiotomia e o grande número de cesarianas realizadas nos serviços de saúde atualmente. Durante uma de nossas entrevistas, o pai relatou que trocaram a clínica particular - onde fizeram o pré-natal - pelo HU, para que não fossem feitas episiotomia e cesária sem necessidade. Na maternidade do HU, não é mais de rotina a realização de episiotomia e as cesarianas são realizadas apenas quando há indicação médica. Segundo Brasil (1996), apesar da episiotomia ser muito utilizada no serviço de saúde, não existem evidências confiáveis sobre o uso liberal e rotineiro desta prática com efeito benéfico. Esta deve ser utilizada somente com indicação médica. Já Maldonado et al (1997) descrevem que muitos médicos obstetras consideram importante realizar a episiotomia para preservar o períneo e para facilitar a passagem do bebê pela vagina, contrariando o que foi citado anteriormente.

É importante salientar que todas as crenças e valores identificados foram por nós valorizados e então mantidos, adaptados ou repadronizados, quando necessário, conforme a teoria transcultural de Madeleine Leininger, segundo o conhecimento científico,

implementado um cuidado profissional, porém dando liberdade para que o pai e a mulher parturiente escolhessem qual caminho seguir.

**Objetivo 2 – Planejar e implementar cuidados ao pai, envolvendo-o no cuidado à mulher parturiente e ao recém-nascido, no centro obstétrico, de forma a manter, adaptar ou repadronizar o cuidado cultural.**

Implementamos cuidados de enfermagem a 28 pais e às mulheres parturientes as quais acompanhavam e, quando possível, também ao recém-nascido. Algumas vezes não foi possível acompanhar todo o processo de nascimento, devido ao horário de estágio que não nos permitia estar presentes em todos os momentos.

Tentamos, todas as vezes, inserir o pai nos cuidados à mulher parturiente e ao recém-nascido. Além destas mulheres parturientes, implementamos cuidados também a outras 17, que não estavam acompanhadas pelo pai, e também aos recém-nascidos quando nasciam durante o nosso horário de estágio.

Dos 25 pais com os quais trabalhamos, escolhemos 5 para apresentarmos os relatos, por mostrarem as diferenças no modo de agir de cada pai, e 2 para apresentarmos o processo de enfermagem.

Alguns cuidados implementados no centro obstétrico:

- Recepcionávamos a mulher parturiente e o pai ou outro acompanhante, vindos da triagem obstétrica;
- Auxiliávamos com a colocação de propé e touca;
- Encaminhávamos ao leito de internação na sala de pré-parto;

- Organizávamos o prontuário e preenchíamos todos os formulários do Centro obstétrico (Anexo E);
- Fazíamos a prescrição de enfermagem;
- Fazíamos o registro no Livro de Registros de Chegada;
- Dávamos as orientações para o pai/acompanhante (Anexo F);
- Levávamos a mulher parturiente e o acompanhante para conhecerem as salas de parto, orientando sobre os tipos e posições de parto;
- Orientávamos o pai sobre como poderia ajudar sua companheira durante o trabalho de parto e parto, se essa fosse a vontade de ambos.
- Esclarecíamos as dúvidas do pai e da mulher parturiente a respeito do processo de nascimento.
- Orientávamos e estimulávamos a deambulação e exercícios na bola e cavalinho;
- Estimulávamos a participação do acompanhante, principalmente quando se tratava do pai, nos cuidados a mulher parturiente como: realização de massagens, auxílio na deambulação, banho e apoio emocional.
- Proporcionávamos apoio emocional, segurança e tranquilidade à mulher parturiente e ao pai ou outro acompanhante.
- Orientávamos quanto a posições de conforto durante o trabalho de parto, com a participação do pai.
- Encaminhávamos ao banho de chuveiro quando da vontade da mulher parturiente para promover relaxamento.
- Realizávamos procedimentos como controle de Sinais Vitais, manobra de Leopold, BCF, DU, punção venosa com instalação de fluidoterapia quando prescrito, administração de medicamentos VO, EV e IM, troca de forros perineais e roupas de cama, pedido das dietas das mulheres parturientes ao serviço de nutrição.



- Explicávamos todos os procedimentos antes de realizá-los.
- Permanecíamos ao lado da mulher parturiente e pai porém respeitávamos seus momentos de privacidade.
- Ficávamos atentas aos sinais de perigo como: sangramento vaginal abundante, tonturas, alterações visuais, alterações na DU e BCF.
- Acompanhávamos a mulher parturiente e o pai (ou outro acompanhante) à sala de parto, auxiliando no posicionamento.
- Incentivávamos o pai a participar durante o parto, dando apoio emocional a sua companheira, tranquilizando-a e orientando-a no momento certo de fazer força, conforme já havíamos ensinado anteriormente.
- Favorecíamos a interação precoce entre mãe/bebê/pai, incentivando a amamentação.
- Incentivávamos o pai a acompanhar os cuidados com o recém-nascido.
- Na sala de cuidados com o recém-nascido fazíamos a verificação dos sinais vitais, perímetros, peso e altura, exame físico e de reflexos, aspiração gástrica e lavagem quando necessária, administrávamos vitamina K, realizávamos credeização, limpeza do coto umbilical, banho e vestíamos o recém-nascido. Preenchíamos todos os formulários para o recém-nascido e caderneta de Saúde.
- Dávamos as orientações necessárias ao pai quanto aos cuidados com o recém-nascido e esclarecíamos suas dúvidas.
- Incentivávamos o pai, quando presente, a levar o recém-nascido até a mãe na sala de recuperação. Quando não havia acompanhante nós levávamos o recém-nascido até a mãe.
- Na sala de recuperação: auxiliávamos a mãe a posicionar o recém-nascido para mamar, realizávamos controle dos sinais vitais, verificávamos a altura uterina e lóquios.
- Fazíamos controle de HGT no recém-nascido quando prescrito.

- Encaminhávamos a puérpera, recém-nascido e o pai/acompanhante ao Alojamento Conjunto.
- Quando necessário, encaminhávamos o recém-nascido a UTI neonatal, acompanhado do pai.
- Durante todo o processo de nascimento esclarecíamos dúvidas conforme surgiam e implementávamos os cuidados de modo a manter, adaptar ou repadronizar o cuidado cultural.

Em todos os cuidados com a mulher parturiente, orientávamos o pai sobre como poderia ajudá-la e incentivávamos sua participação. Todos, sem exceção, participaram dos cuidados, alguns espontaneamente e outros necessitando de estímulo.

Neste momento, conforme o objetivo proposto, apresentaremos os 5 relatos e os 2 processos de enfermagem em que foram implementados cuidados segundo a teoria transcultural de Madeleine Leininger. Utilizaremos nomes de flores como codinomes para identificarmos o pai e a mulher parturiente em cada relato.

**Primeiro relato: Girassol e Petúnia.**

Foi durante o nosso segundo dia de estágio que presenciamos a primeira participação do pai no processo de nascimento, no centro obstétrico. Foi em uma quinta-feira, 1º de abril, em uma manhã de muito sol e calor. Avistamos de longe, às 7h30, um pai parado na porta do banheiro enquanto sua companheira tomava banho. Iniciamos perguntando seu nome. Em seguida apresentamo-nos e, depois de um diálogo informal, explicamos a proposta de nosso estudo. Ele prontamente aceitou participar. Neste momento, sua companheira saiu do banho e este foi imediatamente ajudá-la. Observamos que a auxiliava a deitar no leito, prender os cabelos e oferecia-lhe água. Neste momento as contrações ainda estavam fracas e espaçadas. Assim que a mulher parturiente se deitou, entregamos a ele o termo de consentimento para que lesse e assinasse caso estivesse de acordo. Ele assinou e então iniciamos a entrevista.

No início já descobrimos que Girassol era um pai jovem, com 26 anos, à espera de seu primeiro filho, uma menina. Natural de Florianópolis e procedente do bairro Cachoeira do Bom Jesus, tem segundo grau incompleto, trabalha como Almojarife e reside com sua companheira, Petúnia, e o enteado há 3 anos, mas não é casado. Segundo ele, a gestação foi planejada, mas veio antes do esperado. Disse ter vindo para a maternidade porque o bebê estava passando do prazo e a bolsa havia rompido.

A todo instante ele se voltava para sua esposa e perguntava como ela estava se sentindo. Nesse momento instalaram na mulher parturiente, fluidoterapia com ocitocina para indução do trabalho de parto.

Pedimos a Girassol que dissesse o que ele entendia por família e ele disse que família serve para educar e preparar os filhos para a vida. Disse que ser pai é dar apoio, educação e atenção para o filho.

Enquanto seguíamos conversando, a enfermagem veio verificar os batimentos cardíacos do bebê e realizar a dinâmica uterina. Girassol imediatamente se virou para prestar atenção. Pedimos para que colocasse a mão sobre a barriga de sua esposa, para acompanhar as contrações. Aproveitamos para perguntar como ele estava se sentindo. Disse que ser pai era seu maior sonho.

**“Estou muito feliz. Não vejo a hora de ver minha filha”. (Girassol)**

O nervosismo estava bastante aparente. As mãos estavam trêmulas e suadas, freqüentemente esfregava uma mão na outra e as colocava para cobrir o rosto.

Petúnia em todo o momento prestou atenção às respostas de Girassol. As contrações começaram a aumentar, as dores tornavam-se mais fortes e o nervosismo de Girassol aumentava.

Questionamos sobre como ele vê a participação do pai na gestação. Disse que não participou muito de perto porque trabalha e não tinha tempo de acompanhá-la às consultas de pré-natal, mas procurou ser atencioso, dar apoio e atenção e conseguiu 5 dias de licença-paternidade para poder curtir a filha. Disse que o acompanhamento do pai durante a gestação é muito importante para dar apoio à mulher, e igualmente importante durante o parto. Então, concordamos com ele e falamos sobre essa importância. Sentia-se nervoso para participar do parto, pois tinha medo de a criança vir com algum problema. Perguntamos o porquê desse medo e ele disse que ouviu falar que crianças que passam do prazo podem ter problemas ou até morrer, e a gestação já estava com 41 semanas e 2 dias.

**“Eu quero assistir ao parto, pois é um momento único, mas acho que não vou conseguir!**

**Quando chegar a hora eu decido”. (Girassol)**

A cada expressão de dor de Petúnia, Girassol se agitava e imediatamente levantava para tentar ajudá-la. Enquanto sua companheira passava por mais uma contração, ele comentou conosco que todos os filhos deveriam assistir e lembrar do sofrimento de uma mãe para trazê-los ao mundo, pois assim dariam mais valor a ela.

Explicamos a ele que o bebê é considerado a termo de 37 até 42 semanas e os batimentos cardíacos do bebê estavam ótimos. Acrescentamos que os riscos existem se o bebê passar muito do prazo, pois pode haver, por exemplo, uma insuficiência placentária, e sendo assim a placenta não mais seria suficiente para transportar oxigênio e nutrientes ao bebê. Dissemos-lhe que a gestação de sua companheira estava dentro do prazo e que ela já estava recebendo os cuidados necessários. Ele sorriu e mostrou-se mais tranquilo. Disse que trouxe sua companheira duas vezes à maternidade para cardiografia por medo de a criança não estar bem. Apesar de ser católico não praticante, disse que durante a gestação pediu proteção aos Santos da Igreja.

**“Recorri aos Santos da Igreja pra pedir saúde pra minha filha” (Girassol).**

Perguntamos a ele quais os tipos de parto que conhecia e qual posição de parto seria a melhor para sua companheira. Respondeu que conhece a cesariana e o parto normal (entendemos que se referia ao parto horizontal). Explicamos a ele sobre o parto de cócoras. Em seguida, respondeu que a melhor posição de parto para a sua companheira seria o de cócoras, pois a posição facilitaria a descida do bebê. Petúnia então referiu que queria o parto horizontal, pois era assim que tinha parido seu primeiro filho. Explicamos ao casal as vantagens e desvantagens de cada posição, mas ressaltamos que o melhor tipo de parto é aquele em que a mulher se sente melhor, respeitando as crenças e valores dela.

Convidamos o casal para fazer uma visita às salas de parto. Petúnia em princípio resistiu, pois tinha bolsa rota e achou que não deveria caminhar. Nós, estagiárias, questionamos a enfermeira, que a autorizou a levantar. Explicamos a ela que o bebê estava com insinuação baixa e não havia riscos, como por exemplo, de prolapso de cordão. Girassol comentou que achava que no dia do parto não se deve caminhar muito, nem fazer esforços. Perguntamos o porquê e ele disse que poderia causar algum dano à mulher e ao bebê, pois ela ficaria cansada. Foi explicado que, não havendo complicações, a recomendação é que a mulher caminhe, pois a movimentação facilita o encaixe e a descida do bebê, as contrações tornam-se mais eficazes e a ação da gravidade facilita o trabalho de parto. Quanto ao esforço, foi explicado que durante o trabalho de parto e lactação, devem ser evitados esforços muito grandes, pois podem prejudicar a produção de leite, visto que a descarga de prolactina, hormônio responsável pela produção do leite, é maior enquanto a mulher está em repouso. (Segundo o médico obstetra, durante o conteúdo apresentado no curso de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno no dia 29/04/2004, enquanto uma mulher está fazendo exercícios a descarga de prolactina é menor e por isso não é aconselhado que a mulher faça atividade física em excesso durante o período de lactação).

O casal aceitou, então, conhecer as salas de parto. Girassol colocou rapidamente o avental e a touca e auxiliou Petúnia a descer do leito. Caminhávamos lentamente em direção às salas de parto, carregando o suporte de soro e respeitando as limitações da mulher parturiente. Começamos por apresentar a sala de recuperação, em seguida a sala de parto número 1 para parto vertical, podendo ser adaptada para horizontal. Mostramos a sala de parto número 2, também para parto vertical, podendo ser adaptada para horizontal. Esta é a sala mais utilizada para o parto de cócoras. Explicamos novamente as vantagens da mesma. Convidamos Petúnia a sentar-se na mesa, mas esta se recusou. Mostramos depois a sala dos

primeiros cuidados com o recém-nascido e, por último, a sala para realização de cesariana. Petúnia nesse momento comentou:

**“Ah, não, espero não ter que voltar a essa sala” (Petúnia).**

Ao término da visita, Petúnia conversou com Girassol e optou pelo parto de cócoras. As 9h40 retornamos então à sala de pré-parto, deixamos o casal um pouco a sós e nos dirigimo-nos ao posto de enfermagem.

Logo em seguida, às 10 horas, fomos chamadas por Girassol, que dizia que sua companheira queria ser submetida a um enema. Imediatamente fomos conversar com ela, buscando conhecer o motivo. Disse que foi feito enema durante seu trabalho de parto anterior e que não havia evacuado pela manhã. Explicamos a ela que este não é mais feito de rotina, mas que seria respeitada a vontade dela. Girassol então questionou se havia riscos para o bebê, caso ela evacuasse durante o parto. Explicamos que o enema é um procedimento desconfortável e desnecessário. Amoleceria as fezes, facilitando a evacuação durante o parto. Um enema naquele momento não esvaziaria completamente o intestino até o período expulsivo. Amoleceria as fezes facilitando sua eliminação durante o parto. Ressaltamos que a evacuação durante o parto é comum e que os profissionais são preparados para isso, evitando que o bebê entre em contato com as fezes. Ao término da explicação, a mulher parturiente então preferiu não realizá-lo, visto que não era obrigatório.

Aproveitamos para permanecer mais um pouco com o casal, já que o pai diversas vezes comentou que era um prazer participar do nosso estudo. Já eram cerca de 10h30, as contrações estavam mais frequentes e mais intensas. O pai segurava a mão de sua companheira a cada expressão de dor, levando-a a perceber que ele estava tremendo.

**“Claro que estou tremendo, estou muito nervoso”. (Girassol)**

Tranquilizamos o pai dizendo-lhe que as contrações são muito importantes para que sua filha viesse ao mundo e que a dor que sua companheira sentia não era sintoma de alguma doença, mas sim sinal de que o trabalho de parto estava evoluindo bem.

Perguntamos à Petúnia se ela gostaria de amamentar sua filha e ela disse que sim, pois o leite materno é o alimento mais completo para o bebê. Questionamos se conhecia as vantagens do aleitamento materno para a mulher e ela não soube responder. Explicamos que ajuda a prevenir o câncer de ovários e de mamas, a mulher volta ao peso normal mais rápido, o útero regride mais rapidamente pela ação da ocitocina, favorece o vínculo mãe e bebê e, se realizado exclusivamente e por livre demanda serve como um método contraceptivo eficaz.

Ao cessar mais uma contração, o pai perguntou se ela poderia comer alguma coisa leve na hora do almoço. Respondemos que sim, pois não é mais de rotina que uma mulher parturiente fique em jejum, se o trabalho de parto estiver evoluindo sem intercorrências, porém a dieta deve ser leve, composta basicamente de líquidos. No HU é fornecida dieta líquida restrita até os sete centímetros de dilatação.

A partir de então, nossa interação com o casal foi ficando maior. Por volta das 11 horas, a dilatação do colo estava completa. Seguimos para a sala de parto, porém a sala escolhida pela mulher parturiente estava ocupada naquele exato momento, o que nos levou até a outra sala. Tudo estava correndo muito bem. Girassol posicionou-se ao lado de Petúnia, permanecendo em pé e com os dedos na boca. Percebemos que estava muito nervoso. A mulher parturiente inicialmente optou pela posição vertical. Algum tempo depois, foram colocadas as perneiras para que ela se deitasse e apoiasse suas pernas, assumindo posição horizontal, pois aparentava muito cansaço e preferiu ficar deitada. O pai freqüentemente olhava para nós, como quem pergunta se tudo está bem. Respondíamos então com um sorriso.



que podia ser identificado pelo nosso olhar. Finalmente, às 11h25, veio ao mundo sua filha, que nos primeiros segundos não chorou, levando o pai a, imediatamente, preocupado, se expressar:

**“Ela não ta chorando, ela não ta chorando...”. (Girassol)**

Em seguida pudemos escutar o choro forte do bebê, que nasceu saudável. Girassol abriu um largo sorriso e se aproximou de nós. Dissemos para ele ir mais perto de sua filha, para que participasse dos primeiros cuidados. O pai sorria a cada movimento dela. O recém-nascido então foi colocado junto à mãe para se aconchegar e se alimentar. Petúnia posicionou o bebê corretamente para mamar, não precisando de auxílio nesse momento. O pai acompanhou de perto e reagia com expressões de alegria.

**“Tá olhando pro papai, filha ?”. (Girassol)**

O pai acompanhou a sua filha na sala de cuidados ao recém-nascido, até que ela fosse definitivamente para junto da mãe. Achamos melhor então que curtissem bem este momento, deixando para finalizar a entrevista em outra ocasião.

No dia seguinte, pela manhã, fomos visitar a família no Alojamento Conjunto, para realizarmos a segunda parte da entrevista com o pai. Este permanecia ao lado de sua companheira, agora demonstrando maior tranquilidade. Perguntou se podíamos cortar as unhas da sua filha, pois estava se arranhando. Comunicamos então à equipe de enfermagem do Alojamento Conjunto.

O pai levou-nos até o banco fora do quarto, para não acordar o bebê. Disse que gostou muito de participar do parto, pois acha que se estivesse esperado do lado de fora ficaria mais

ansioso. Perguntamos sobre seus conceitos de família e pai, agora que tem sua filha nos braços, e ele disse que família é muito importante para a vida de cada um e é uma coisa linda! Disse que, como pai, tem que estar sempre presente, desde o nascimento, e dar apoio a sua filha durante toda a vida. Após o parto viu que sua filha era perfeita e saudável e venceu o medo de que nascesse com algum problema. Disse que seu maior sonho era ter um casal de filhos, mas acha que não vai realizá-lo, devido à situação econômica e a violência no mundo que só lhe traz preocupação.

Pedimos que concluísse fazendo um breve comentário sobre toda a experiência vivenciada no centro obstétrico. Ele disse:

**“Estou feliz por ter participado do parto, por ser pai pela primeira vez e por ver que  
minha filha é perfeita!”. (Girassol)**

## **Segundo relato: Amor perfeito e Violeta.**

Eram 7 horas da manhã do dia 2 de abril, quando, durante a passagem de plantão foi comentado que havia uma mulher parturiente acompanhada do seu esposo, e que este manifestou vontade de cortar o cordão umbilical do bebê. Isso prontamente despertou nosso interesse e fomos então ao encontro do casal. Ao nos aproximarmos percebemos que se tratava de um casal que participava do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, do qual também estávamos participando. No primeiro momento, a mulher parturiente estava sozinha sentada na bola. Conversamos com ela e, na primeira oportunidade, perguntamos pelo pai. Ele havia saído para dar uns telefonemas, mas já retornaria. Permanecemos dialogando com ela até que o pai retornou. Apresentamo-nos e ele comentou que lembrava da nossa participação no grupo. Explicamos a proposta do nosso estudo e ele prontamente aceitou participar. Apresentamos o termo de consentimento livre e esclarecido e o roteiro para entrevista. Ele leu o roteiro e em seguida assinou o termo.

Primeiramente, pedimos para que a mulher parturiente se deitasse no leito, para que realizássemos a dinâmica uterina e verificássemos os batimentos cardíacos do bebê. Enquanto realizávamos estes cuidados, o pai perguntou se os batimentos do bebê aumentam durante as contrações. Explicamos que podem aumentar, diminuir ou se manterem estáveis, dependendo da situação, e por isso a importância de verificar periodicamente, para avaliar como o bebê está reagindo ao trabalho de parto. Durante as contrações, o pai espontaneamente massageava a região lombar e sacra de sua esposa, conforme havia aprendido no grupo. Perguntamos à mulher parturiente o que ela achava da massagem que seu companheiro fazia. Ela disse que aliviavam as dores. Ressaltamos a importância da realização dessa massagem para proporcionar relaxamento e aliviar a dor ocasionada pela descida do bebê e movimentação

óssea da pelve para que passe pelo trajeto duro durante o parto. Nesse momento as contrações eram de 35', 40' e 35'.

Assim que os cuidados terminaram, ela manifestou vontade de caminhar, pois as dores diminuía. Então a incentivamos à deambulação, pois facilita o encaixe e a descida do bebê e as contrações tornam-se mais eficazes.

Ela então se levantou e foi caminhar com auxílio de seu companheiro. O pai questionou se era possível ela tomar um banho morno para relaxar. Respondemos que sim, alcançamos uma toalha e ele levou-a até o chuveiro. Aproveitamos para deixá-los a sós e fomos até o posto de enfermagem. Em seguida, o pai foi ao nosso encontro para que iniciássemos a entrevista. Pediu para sentarmos à porta do banheiro a fim de ouvir, caso sua esposa o chamasse.

Iniciamos então a entrevista com dados de identificação. Amor perfeito, 29 anos, engenheiro de automação, natural de Florianópolis, reside no bairro João Paulo e é de religião católica. É casado com Violeta, 29 anos, engenheira de automação. É o primeiro filho do casal, uma menina. Segundo ele, a gestação não foi planejada, mas foi muito bem-vinda. Participou, junto à sua esposa, do grupo de gestantes, acompanhou-a em todas as consultas de pré-natal, realizadas em uma clínica particular em Florianópolis e ajudou a decorar o quarto do bebê. Optaram pelo HU, pois na clínica não poderia participar do parto e perceberam que lá iriam fazer episiotomia e freqüentemente falavam sobre a possibilidade de uma cesariana.

Vieram para a maternidade às 6 horas da manhã deste mesmo dia, pois às 2 horas sua esposa começou com dores. Ele começou então a contar as contrações e só a trouxe para a maternidade quando estavam duas contrações em 10 minutos, conforme aprenderam no grupo. Explicamos então que a atitude foi correta, pois a bolsa estava íntegra e o trabalho de parto só inicia quando ocorrem duas contrações em 10 minutos. A internação antes disso os tiraria mais cedo do ambiente de sua casa e aumentaria o estresse ocasionado por uma

internação mais longa. Quando chegaram à maternidade, a dilatação já era de quase 6cm. Perguntamos o que ele aprendeu de mais importante no grupo e ele respondeu que aprendeu que todos os pais de primeira viagem têm os mesmos medos em relação à gestação e ao parto, o que o deixou mais tranquilo. Disse que antes via o parto como algo mecânico e agora o vê como algo humano. Nunca teve vontade de participar do parto, mas no grupo pôde aprender como ajudar nesse momento.

**“Aprendi que o parto é mais humano do que mecânico”. (Amor perfeito)**

Pedimos que nos dissesse o que é família e ele nos disse que, para ele, família são os pais e os filhos vivendo em um mesmo ambiente físico e psicológico. Em seguida, perguntamos o que ele entendia por “pai”. Ele nos respondeu que “pai é quem cria, quem dá a linha da vida e conduz o filho no melhor caminho”. Sente que agora vai ter maior responsabilidade, pois terá mais uma pessoa que depende dele. Disse estar feliz e muito ansioso.

**“É felicidade total e muita ansiedade”. (Amor perfeito)**

Neste momento, Violeta o chamou, ele pediu licença e foi atendê-la. Após alguns minutos ele retornou e disse que ela estava gostando muito do banho, que as dores haviam diminuído. Perguntou se ela poderia ficar mais tempo no banho. Respondemos que poderia ficar o tempo que achasse necessário, até que se sentisse bastante relaxada. Combinaram então de terminar o banho quando acabássemos a entrevista.

Perguntamos como ele via a participação do pai na gestação e no parto. Ele disse que poderia ter participado mais da gestação, pois muitas vezes pensou primeiro no seu trabalho

profissional. Acha que o papel do pai no parto é só para dar apoio para a mulher, mas acha excelente a idéia de poder ver sua filha nascer. Disse que quer participar do parto e cortar o cordão umbilical. Perguntamos o motivo desse desejo de participar do parto e ele respondeu:

**“Sou engenheiro e engenheiro gosta de ver os procedimentos”. (Amor perfeito)**

Complementamos dizendo-lhe que o pai, no momento do parto, proporciona conforto a sua companheira, pois esta não fica somente cercada de estranhos, e fortalece o vínculo familiar, já que o primeiro contato entre pai e filho é muito importante, não devendo esse momento ser vivenciado apenas pela mulher. Respeita-se porém o desejo de cada pai e cada mulher parturiente.

Questionamos quais seus sentimentos em relação à gestação e ao parto. Respondeu que existem muitas coisas para dar errado no parto, e isso o deixa preocupado. Segundo ele, seu principal medo é de que o cordão umbilical esteja enrolado no pescoço e, além disso, tem medo de manusear o bebê. Ele aproveitou para sugerir que o grupo de casais deveria dar uma aula sobre como segurar o recém-nascido – Obs: o bebê nasceu antes que este assunto tivesse sido abordado no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC.

Perguntamos a Amor perfeito quais os tipos de parto que ele conhecia e qual seria o melhor para sua companheira. Disse que conheceu o parto de cócoras no grupo e passou a achar que esse seria o melhor para sua esposa, pois sofre influência da força da gravidade.

Nesse instante, Violeta o chamou e ele foi ajudá-la a sair do banho.

Convidei-os então a conhecerem as salas de parto. Amor perfeito colocou as vestimentas necessárias e iniciamos a visita. Começamos por apresentar a sala de recuperação, em seguida a sala de parto número 1, para parto vertical, que pode ser adaptada para horizontal. Mostramos então a sala do parto número 2, também para parto vertical

podendo ser adaptada para parto horizontal. Violeta comentou que achou a mesa do parto de cócoras, da sala número 2, muito alta e muito grande, manifestando preferência pelo parto horizontal. Segundo ela, conhece as vantagens do parto de cócoras - como a ação da gravidade - e conhece os outros tipos de parto, mas comentou que ainda iria pensar sobre a posição que adotaria. Explicamos as vantagens do parto vertical - como a ação da gravidade, que torna as contrações mais eficazes não havendo necessidade de a mulher parturiente fazer tanta força como no parto horizontal; há diminuição da compressão de vasos pelo útero gravídico que causa desconfortos respiratórios e queda da pressão arterial, e também a maior possibilidade de participação ativa da mulher parturiente e o acompanhante durante o nascimento -, mas reforçamos que sua vontade seria respeitada. Amor perfeito pediu que testássemos a iluminação da sala, para que pudessem escolher a maneira que mais lhes agradasse. Mostramos finalmente a sala dos primeiros cuidados com o recém-nascido e a sala para realização de cesariana.

Enquanto voltávamos para a sala de pré-parto, várias vezes Amor perfeito abraçou Violeta durante as contrações, realizando as posições de conforto que aprenderam no grupo. Perguntamos o porquê de adotarem essas posições. Responderam que proporcionam conforto e alívio das dores. As contrações já estavam mais intensas e mais freqüentes. Aproveitamos para reforçar a importância de a mulher parturiente adotar uma posição que lhe seja confortável e que facilite o trabalho de parto e salientamos a importância de o pai estar auxiliando neste momento.

Ao final da visita, Violeta optou por tentar o parto de cócoras se tivesse a possibilidade de mudar de posição, caso necessário. Explicamos que as mesas das duas salas podem ser adaptadas para as duas posições de parto.

Retornamos então para o leito da paciente e deixamos o casal um pouco a sós, respeitando a intimidade e a liberdade deles.

A dilatação do colo uterino, as 9h30, já estava entre 8 e 9cm. Às 10h20, Amor perfeito foi até o posto de enfermagem perguntar o motivo da demora para sua filha nascer, aparentando grande preocupação. Perguntamos por que estava preocupado e ele disse que era porque sua esposa estava sentindo muita dor. Apresentamos a ele o partograma da mulher parturiente e mostramos que a evolução do trabalho de parto estava dentro do esperado. Explicamos que o período de dilatação é dividido em duas fases: fase latente e fase ativa. A fase latente vai de 0 a 3cm de dilatação e ocorre lentamente. A fase ativa inicia a partir de 3cm até 10cm, que é a dilatação máxima, sendo que do 3º até o 9º centímetro ocorre rapidamente e entra em desaceleração do 9º ao 10º centímetro. Explicamos também que o trabalho de parto de uma mulher que espera o primeiro filho pode levar de 8 a 12 horas. Quanto à dor, explicamos que ela ocorre devido à contração uterina necessária para dilatar o colo, para que o bebê passe através dele. Há também toda uma movimentação óssea da pelve. Essa dor não significa doença ou que algo esteja errado, mas sim um sinal de que tudo está correndo normalmente para que sua filha nasça. A nossa explicação deixou o pai um pouco mais tranquilo.

Fomos verificar os sinais vitais de Violeta e o pai perguntou se não precisava verificar a temperatura corporal. Perguntamos por que ele tinha essa dúvida e ele respondeu apenas que achava que seria importante. Explicamos que a temperatura é verificada, para se diagnosticar um processo infeccioso, de duas em duas horas em caso de bolsa rota e de quatro em quatro horas em caso de bolsa íntegra, que era o caso de sua esposa.

O trabalho de parto continuou evoluindo bem e Amor perfeito participava ativamente dos cuidados à Violeta, orientando-a quanto à respiração durante as contrações e massageando-a. Segurava sempre a sua mão e beijava sua testa.

Exatamente às 11h20, através do exame de toque, observou-se um colo totalmente dilatado e ela foi levada até a sala de parto. Amor perfeito sentou-se junto à Violeta na



cadeira, de maneira que ela podia deitar-se sobre ele no intervalo das contrações. O pai mais uma vez avisou que gostaria de cortar o cordão umbilical e perguntou se precisava esperar parar a pulsação no cordão para depois cortá-lo. Orientamos que sim.

O período expulsivo estava demorando, já se passavam 30 minutos na sala de parto e o períneo parecia não abaular mais como antes e as contrações estavam diminuídas. Alguns autores explicam este acontecimento. Odent (2000) diz que qualquer situação que estimule um disparo na liberação de hormônios da família da adrenalina estimula o neocórtex, inibindo o processo de parto. A luz forte na sala de parto e a sensação de estar sendo observada também estimulam o neocórtex e podem inibir o processo de parto, pois todos nós nos sentimos diferentes ao sermos observados. Já Garcia e Garcia, apud Maldonado (1997), levantaram a hipótese de que nos partos difíceis e prolongados há um estado de tensão que pode aumentar a secreção de adrenalina causando a desorganização dos padrões de atividade uterina no parto. Mesmo pequenas quantidades de adrenalina podem inibir as contrações uterinas.

Violeta fazia força a cada contração, e Amor perfeito a ajudava ficando em pé atrás dela, de maneira que ela pudesse usar seus braços para se acocorar. Ao toque, o obstetra constatava que a posição do bebê era +1. Ela, referindo não ter mais forças, pediu para levantar. Dissemos que ela precisava se manter calma e relaxada, demos apoio dizendo que ela tem força, e precisa aproveitá-la somente no momento da contração.

**“Não tenho mais força...”. (Violeta)**

Foi orientada então a caminhar pela sala de parto e adotar a posição que mais lhe desse conforto durante as contrações. Amor perfeito permaneceu sentado na mesa de parto e pedia pra que ela respirasse, mantivesse a calma e fizesse força para baixo apenas na hora das

contrações. Pudemos observar um pai totalmente participativo, parecendo que estava sentindo as dores junto com ela. Frequentemente parabenizávamos o pai pela sua participação naquele momento.

Em todo instante, os batimentos cardíacos do feto eram verificados. Às 12 horas, ela retornou a mesa, pois foi observado um abaulamento do períneo. Disse que estava com sede e pediu água. Amor perfeito então perguntou se ela podia beber um pouquinho de água. Dissemos que sim e rapidamente atendemos seu pedido. A cada contração, ela fazia força e já se podia visualizar a cabecinha do seu bebê. Referiu novamente não ter mais forças e pediu para deitar e terminar em posição horizontal. Amor perfeito a acalmava, dizendo que ela tinha força e que já estava acabando. Os médicos avisaram que teria que ser a última força e que o bebê deveria nascer, pois já estava muito tempo no canal de parto. Amor perfeito demonstrou preocupação, mas aproveitou para dar mais força a sua esposa. Então, às 12h16 nasceu o bebê, uma menina, porém bastante deprimida, pálida e sem respirar. Os médicos atenderam rapidamente o recém-nascido, não querendo que o pai cortasse o cordão umbilical para não haver demora. Amor perfeito então pedia desesperadamente para que o deixassem cortar o cordão. O obstetra então deixou, mas disse que teria que ser rápido. Levaram rapidamente a criança para a sala de cuidados para aspirar e administrar oxigênio. O pai pediu para que sua esposa ficasse tranqüila e foi acompanhar sua filha. O bebê aos poucos começou a melhorar, recebeu apgar 2/5/7. Só depois de aproximadamente 15 minutos, o bebê apresentou um choro bastante fraco, começou a ganhar cor e a se movimentar lentamente. Amor perfeito foi até a sala de parto avisar Violeta que o bebê estava melhorando e que tudo ficaria bem.

Conversamos com o pai na sala de cuidados ao recém-nascido. Ele disse que as coisas não tinham dado tão certo como ele imaginava, mas que agora estavam melhorando. Disse que adorou ter participado do parto apesar do susto e que ainda estava muito nervoso, mas também muito feliz. Segurava a mão de sua filha e dizia baixinho algumas palavras no ouvido

dela. Através do vidro, abanou para sua esposa e mostrou o bebê, que agora estava se recuperando.

Fomos até a sala de parto conversar com a puérpera. Ela disse que estava mais tranqüila e pediu para que avisássemos suas colegas do grupo de gestantes que o bebê já havia nascido e que ela não iria mais participar. Demos a ela algumas informações sobre o estado do bebê e voltamos a conversar com o pai.

O bebê teve que ser levado para a UTI neonatal. Levamos primeiramente para que a mãe visse sua filha e depois, nós e Amor perfeito, levamos até a UTI, enquanto Violeta se recuperava. No caminho ele perguntou se não iriam pôr sua filha para mamar. Conforme orientação dissemos que não, pois ela ainda estava muito fraquinha e precisava receber oxigênio. Amor perfeito disse que não era para dar mamadeira para ela. Perguntamos a razão dessa preocupação e ele disse que queria que sua filha fosse alimentada no seio com leite materno, pois é muito mais saudável. Como o clima estava um pouco tenso, não achamos conveniente ficar fazendo muitas perguntas a respeito dos benefícios do aleitamento materno. Então diretamente explicamos as vantagens do aleitamento materno para o bebê e para a mãe. Dissemos a Amor perfeito que não usamos mamadeira na maternidade, exceto em casos de a mãe não poder amamentar devido a alguma patologia que possa passar para o bebê através do leite, e que assim que sua filha se recuperasse iria direto para a mãe para ser amamentada.

Já eram 13 horas. Retornamos ao centro obstétrico, despedimo-nos, agradecemos e tranqüilizamos a puérpera sobre o estado de saúde de seu bebê. O casal agradeceu pelos cuidados por nós implementados e pela atenção dispensada a eles.

Neste momento pudemos observar que ainda estavam preocupados, porém mais calmos e menos ansiosos.

No dia seguinte recebemos a informação de que o recém-nascido havia ido para permanecer junto ao pai e a mãe no Alojamento Conjunto já no final da tarde do dia anterior.

### **Terceiro relato: Cravo e Rosa**

A manhã do dia 5 de abril estava chuvosa. Quando chegamos, já havia uma mulher parturiente acompanhada no centro obstétrico. Fomos até lá nos apresentar e neste momento ela estava no banheiro e seu acompanhante estava no corredor olhando através da janela. Ele sorriu, perguntamos se era o pai da criança e ele disse que sim, referindo ainda que ele e a mulher parturiente não tinham nenhum relacionamento, apenas tiveram um caso rapidamente e ocorreu a gravidez por acidente. Mostrou-se envergonhado, sorriu e olhou para o chão.

Explicamos a ele os objetivos do nosso estudo e perguntamos se gostaria de participar. Ele prontamente concordou. Apresentamos o termo de consentimento e, após uma leitura, sorriu e assinou.

Cravo, 21 anos, natural de Recife, Pernambuco, procedente da Costeira, solteiro, tem 1º grau incompleto e trabalha como servente. Rosa tem 22 anos e reside com a mãe no bairro Serrinha. Apresentou hipertensão moderada durante a gestação, ficando sobre observação para os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e sendo tratada com medicamento anti-hipertensivo.

Cravo mostrou-se distante de Rosa, referindo que ela preferia a companhia da mãe à dele, pois ele não acompanhou a gestação. Apenas ligou algumas vezes após as consultas, para saber como estava o bebê. Szejer e Stenart, apud Pedroso e Mendes (2003) dizem que o direito do pai de estar presente durante o trabalho de parto não deve ser transformado em obrigação, pois a mulher parturiente tem direito de escolher quem ela deseja ao seu lado no momento do parto.

É o primeiro filho de ambos. Ele nos disse ser um menino, mas não lembrava o nome que teria, pois foi sua companheira que escolheu. Perguntamos o que ele entendia por família e ele disse que família é tudo, é união; acha que pai é a pessoa com quem se deve contar.

Disse que estava feliz neste momento, entretanto bastante ansioso e com medo da responsabilidade.

**"Dá medo, é muita resposta !" (Cravo)**

Perguntamos como ele vê a participação do pai na gestação e ele disse achar fundamental para fornecer apoio à mulher. Disse que não participou da gestação por imaturidade. Percebemos que estava apreensivo e perguntamos se tinha algum medo relacionado à gestação. Respondeu que nenhum, pois nunca parou para pensar sobre os riscos de uma gestação.

Questionamos o porquê de terem escolhido a maternidade do HU e este respondeu que foi devido à proximidade da casa de Rosa. Ela começou a sentir dores durante a madrugada, sendo acompanhada por sua mãe às 6 horas da manhã. Disse que ela preferiu vir caminhando para facilitar o trabalho de parto. Explicamos que caminhar durante o trabalho de parto facilita o encaixe e a descida do bebê, sendo a atitude dela correta, pois já tinha passado por orientação médica durante a gestação e sua pressão arterial estava controlada. Perguntamos o que ele achava da participação do pai no parto. Referiu achar importante para depois contar ao filho a experiência, por isso decidiu assistir ao parto, por livre e espontânea vontade, mesmo contrariando a vontade da mulher parturiente.

Questionamos Cravo sobre os tipos de parto que ele conhecia. Referiu conhecer a cesariana, o parto normal deitado e conheceu o parto de cócoras já na maternidade. Perguntamos qual seria o melhor tipo e posição de parto para sua companheira e ele disse achar melhor o parto normal horizontal, pois acredita ser mais confortável para a mulher parturiente, mas disse que Rosa já havia optado pelo parto de cócoras. Orientamos sobre o parto de cócoras, apontando seus benefícios para o trabalho de parto, ressaltando que a

escolha final é da mulher parturiente e em seguida o convidamos para conhecer as salas de parto. Ele se recusou, dizendo que iria conhecer apenas na hora do parto. A mulher parturiente já havia conhecido anteriormente.

Cravo referiu achar que durante o trabalho de parto não se deve comer nada, e que atividades como andar e tomar banho podem ser realizadas. Ele não soube explicar o motivo, mas era isso que achava. Orientamos quanto à alimentação, que deve ser líquida restrita durante o trabalho de parto que evolui bem, até o sétimo centímetro de dilatação. O jejum não é rotina nas maternidades atualmente, sendo feito apenas em casos em que possa haver necessidade de realizar uma cesariana, por ser um procedimento cirúrgico, com necessidade de uso de anestésicos, havendo o risco de aspiração dos alimentos ingeridos. Voltamos a apontar os benefícios da caminhada e exercícios durante o trabalho de parto sem intercorrências. No caso de sua companheira, por ter apresentado hipertensão arterial, as caminhadas devem ser realizadas apenas se os níveis pressóricos estiverem controlados.

Observamos em todo o momento que Cravo, ao se sentar ao lado de Rosa, não mostrava intimidade com a mesma. Conversava pouco com ela. Durante uma contração, incentivamos que colocasse sua mão sobre a barriga dela, ele sorriu e, aparentemente bastante envergonhado colocou. Em alguns momentos de dor segurou a mão dela, mas não lhe falava nada. E foi assim durante a maior parte do tempo, pai e mulher parturiente conversando pouco.

Quando Rosa foi ao banheiro, a acompanhamos e ela disse que gostaria que sua mãe estivesse com ela. Ao retornar, perguntamos se ela conhecia a bola e o cavalinho. Ela disse que não. Foi incentivada por nós a sentar-se no cavalinho e explicamos as vantagens dessa posição que facilita o encaixe do bebê acelerando o trabalho de parto, já que tinha nos dito que preferia ficar sentada a deitada. Em seguida pedimos para que se deitasse, a fim de verificarmos novamente os BCF, ela voltou para o leito e permaneceu em decúbito lateral

esquerdo. Perguntamos por que estava em DLE e ela disse que era mais confortável e já havia recebido orientação de que era melhor para o bebê.

Ressaltamos então a importância do DLE para evitar hipotensão materna e aumentar o aporte de oxigênio para o bebê.

Às nove e meia da manhã, Rosa estava com 10cm de dilatação e já apresentava abaulamento no períneo, sendo então conduzida à sala de parto 2, a qual tinha escolhido. Cravo colocou os trajes apropriados e a acompanhou. Percebemos Rosa mostrava-se incomodada com a presença de Cravo. Durante o trabalho de parto, Cravo ficou sentado olhando para baixo sem falar nada até que, quando o bebê nasceu às 9h44, ao ouvir seu choro, sorriu e ficou olhando atentamente seu filho no colo de Rosa.

Foi convidado por nós a assistir ao exame físico e ao primeiro banho, ficou sorrindo o tempo todo e não fez nenhuma pergunta. A mãe, agora puérpera, permanecia na sala de parto. Ao ser questionado quanto a sua participação no parto, Cravo disse que gostou muito, que foi uma emoção única.

Fomos verificar o estado de Rosa logo após o exame físico do bebê e ela estava bem, sendo em seguida transferida para a sala de recuperação. Estava bastante feliz com o nascimento de seu filho, perguntou sobre o apgar, comunicamos que era 9/9 e ela ficou bastante contente. Enquanto o pai, Cravo, não estava por perto, ela nos contou que, durante toda sua gestação, eles se viram apenas duas vezes e a única coisa que ele fazia era lhe telefonar raramente. Em seguida, Cravo trouxe seu bebê no colo para então colocá-lo novamente junto à mãe, e disse "olha aí o cara".

Rosa comentou que seu bebê era para dia 17 de abril, mas que sabia que nasceria dia 5, porque era dia de mudança de lua. Cravo sorriu ao ouvir esse comentário. O bebê então foi colocado junto à mãe. Percebemos que ela não conseguia posicioná-lo corretamente, sendo então por nós auxiliada. Cravo observava atentamente, sorrindo. Observamos por mais um

tempo o casal e percebemos que seu relacionamento continuava frio, porém seus rostos demonstravam felicidade com este momento.

Fomos visitá-los no dia 6 de abril, no período matutino, no Alojamento Conjunto. Quando entramos no quarto, Cravo estava ao lado do berço, fazendo carinhos em seu filho, enquanto Rosa estava no banheiro. Perguntamos como estava se sentindo. Disse que estava bem e que estava “pegando jeito”. Permitiu que tirássemos uma foto sua com o recém-nascido. Pegou o bebê no colo, um pouco desajeitado, e sorriu para a câmera, dizendo estar muito feliz.



#### **Quarto relato: Lírío e Margarida.**

Quando chegamos ao centro obstétrico na manhã do dia 15 de abril, avistamos um jovem casal no corredor. O pai estava sentado no cavalete e sua companheira estava sentada na bola. Observamos no prontuário que a gestação completava 40 semanas e seis dias, e o parto era induzido. A mulher parturiente havia utilizado misoprostol\*, prescrito na triagem obstétrica.

Fomos nos apresentar e o casal já se encontrava na sala de pré-parto, ela deitada em decúbito lateral esquerdo e ele sentado bem próximo a ela, segurando-lhe a mão. Explicamos ao casal o nosso trabalho e, enquanto conversávamos, a mulher parturiente gemia muito e dizia não agüentar mais. Seu companheiro lhe pedia calma e nos perguntou se poderia fazer algo para ajudar sua companheira. Neste momento sugerimos que o pai fizesse massagens na região dorsal de sua companheira. Ele concordou, demonstramos como executar e ele então começou a massageá-la. Apresentamos o termo de consentimento e, enquanto ele lia, uma de nós fazia massagens na mulher parturiente. O pai leu e assinou o termo de consentimento.

Perguntamos à mulher parturiente se gostaria de caminhar um pouco junto de nós e seu companheiro e ela disse que não, pois já havia caminhado e utilizado a bola antes de nos apresentarmos.

Lírío, 27 anos, natural de Londrina, Paraná, pintor automotivo, 1º grau incompleto, evangélico, reside na mesma casa que Margarida, embora não sejam “casados no papel”. Dizia estar bastante ansioso, pois iria ser pai pela primeira vez; que está sendo uma experiência boa, mas às vezes tem um pouco de medo da responsabilidade e da violência.

\* Fármaco utilizado na prevenção e tratamento de úlcera péptica. No Brasil tem sido utilizado para interrupções voluntárias da gravidez. Quando usado no primeiro trimestre pode levar à abortamento ou a malformação. Com relação a seu uso no final da gestação, este pode ser uma boa alternativa para indução de parto quando houver indicação médica para tal, porém sua administração deve ser feita em ambiente hospitalar e seguida de monitorização fetal devido aos possíveis riscos de sofrimento fetal decorrentes da hiperestimulação e taquissístolia uterina. (GIUGLIANI et al, 2004)

A gravidez não foi planejada, mas foi muito bem-vinda e ficou muito contente ao saber o sexo do bebê, que já tem nome: é menina e se chamará Júlia.

Ao ser questionado sobre família, disse que família é tudo, é união e que ser pai é dar amor, carinho e amizade.

Não pôde comparecer a todas as consultas de pré-natal de sua mulher, que foram quatorze, realizadas no posto de saúde de um bairro em Florianópolis, pois não foi liberado do trabalho. Pôde comparecer a duas, porém disse que, se dependesse de sua vontade, teria ido a todas. Sempre perguntava se estava tudo bem e as novidades, quando sua companheira retornava de uma consulta.

Perguntamos sobre suas crenças em relação ao processo de nascimento e ele disse acreditar somente que Deus pode interferir na gravidez e na saúde do bebê, que sempre reza pedindo saúde a sua mulher e sua filha, mas, mesmo assim, referiu ser importante o acompanhamento médico durante a gravidez e parto. Não tem superstições. Perguntamos a ele sobre alguns cuidados que ele achava importantes durante o trabalho de parto e após o parto. Respondeu que, durante a gravidez, a mulher deve evitar o estresse para que não aconteça nada de errado com ela e com o bebê. Durante o trabalho de parto, não deve comer alimentos sólidos. Perguntamos por que ele achava isso e ele respondeu que a mulher pode precisar de uma cesariana que necessita de anestesia. Explicamos que seu pensamento estava correto, mas que não é mais de rotina que uma mulher parturiente fique em jejum se o trabalho de parto estiver evoluindo sem intercorrências; porém a dieta deve ser leve, composta basicamente de líquidos. No HU é fornecida dieta líquida restrita até os sete centímetros de dilatação.

Referiu também que, após o parto, a mulher não deve levantar peso nem correr. Deve descansar para recuperar energia. Explicamos a ele que o excesso de exercícios físicos durante a amamentação pode prejudicar a liberação de prolactina, hormônio responsável pela produção do leite materno.

Lírio comentou que durante a gestação tinha medo de que ocorresse descolamento de placenta ou algo que provocasse a morte do bebê.

A mulher parturiente, Margarida, 26 anos, do lar, participou do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU/UFSC. Gostou bastante e disse que sempre há algo novo a aprender, embora seja seu segundo filho. O primeiro mora com sua ex-sogra em Tubarão, sua cidade natal.

A cada contração, Lírio dizia que, se tivessem escolha, optariam por uma cesariana. Perguntamos por que e ele disse que ambos sabem que a recuperação é mais lenta porém a Margarida se queixa de uma dor insuportável e uma cesariana evitaria que ela sentisse essa dor. Reforçamos então que além da recuperação de uma cesariana ser mais lenta, há riscos de infecção como em qualquer outra cirurgia. O parto normal tem recuperação mais rápida; o risco de hemorragia é menor, porque o útero contrai mais rapidamente por ação da ocitocina; o risco de infecção é menor; além de o bebê nascer somente quando for a hora certa, quando ele já estiver pronto.

Perguntamos a Lírio sobre os tipos e posições de parto que conhecia. Disse que conheceu a posição vertical para o parto somente naquele dia quando lhe apresentaram a sala de parto. Considera que o parto normal é o mais saudável para sua mulher, mas tornou a dizer que ambos preferem a cesariana. Ao falar do parto de cócoras, apontamos algumas vantagens do mesmo, como ação da gravidade, menos esforço da mulher parturiente, maior controle sobre a situação.

Perguntamos como ele via a participação do pai no parto e ele respondeu dizendo que essa participação é importante para apoiar e confortar a mulher e também para ver o filho nascer e os primeiros momentos, como o choro e a primeira mamada. Disse que faz questão de assistir ao parto e que quer cortar o cordão umbilical.

Nesse momento, a enfermeira veio à sala de pré-parto para ouvir os batimentos fetais. Após a ausculta, permanecemos conversando com ambos. Margarida apresentou um pouco de sangramento; chamamos a enfermeira e ela constatou, após realizar o toque, que a dilatação estava completa. Perguntamos à Margarida se estava com vontade de fazer força e ela disse que sim. Não apresentava abaulamento no períneo. Ela então começou a fazer força e a enfermeira pediu que a médica fizesse também o toque. A bolsa permanecia íntegra. Após outro toque, a médica confirmou os dez centímetros de dilatação e disse que já podíamos ir para a sala de parto.

Eram 8h55 quando entregamos as vestimentas para Lírío. Uma de nós o ajudou, amarrando o avental e fomos caminhando até a sala. Lá, ele se mostrou atento a todos os procedimentos e se posicionou ao lado de sua companheira. Foi prescrito soro glicosado e ocitocina, pois a mulher parturiente fazia força, mas já se passavam 20 minutos e o bebê não havia nascido.

Durante todo o parto, Lírío se manteve próximo a Margarida, abanava-a com um pacote de luva cedido pela equipe e secava o suor de seu rosto. Às 9h18 nasceu sua filha de parto normal vertical. Ficou observando-a, demonstrando felicidade. Embora tenha pedido para cortar o cordão umbilical e isto tenha sido avisado isto à equipe, o acadêmico de medicina que assistia ao parto é que acabou cortando. Quando o bebê foi colocado junto à Margarida, Lírío beijou-as e ficou conversando com a pequena Júlia, dizendo-lhe o quanto era linda e importante. Lírío então parabenizou sua mulher pelo esforço que fez durante o parto. Pediu que fotografássemos sua filha durante os primeiros cuidados, e ele com a companheira e filha. Atendemos seu pedido e, após isso, ele mesmo fotografou mãe e filha diversas vezes.

O bebê mamou e então foi levado para a sala de cuidados com o recém-nascido. Lírío manifestou vontade de acompanhar sua filha. Acompanhou todo o exame físico, fotografou-a e permaneceu próximo a ela em todo o momento.

Quando questionado se ajudará Margarida a dar banho e trocar fraldas disse que pretende, mas que antes tem que "pegar o jeito". Após o banho, durante a limpeza do coto umbilical, manifestou medo de manusear o coto umbilical para limpá-lo, pois poderia cair antes do tempo, e disse:

**"Que agonia me dá ver isso, não vou saber limpar" (Lírio).**

Dissemos que é um medo comum e explicamos que o coto umbilical deve ser limpo somente com gaze e álcool a 70%, a cada troca de fraldas, e que se deve sempre posicioná-lo ao lado, para evitar que entre em contato com urina ou fezes. Assim secará e cairá rapidamente entre sete e dez dias, podendo levar até mais de vinte dias. Explicamos que o coto deteriora através de um processo de gangrena seca e cai em aproximadamente 7 a 10 dias, sendo que às vezes demora mais de 20 dias. A base leva poucas semanas para cicatrizar completamente e, às vezes, após a queda, devido a uma pequena solução de continuidade, aparecem resquícios de sangue que são normais, conforme Whaley e Wong, 1999. O coto umbilical não dói ao ser manuseado, porém, deve ser manuseado com delicadeza para que não seja arrancado, pois assim haveria riscos de infecção na inserção do coto umbilical e hemorragia.

Durante o banho, Lírio comentou que o bebê era chorão e bravo como a sua companheira. Informamos o apgar de sua filha que foi 9/9, porém ele não sabia do que se tratava. Explicamos que o apgar avalia a vitalidade do bebê e ele se mostrou orgulhoso.

Entregamos o recém-nascido ao pai e fomos à sala de recuperação onde se encontrava a puérpera. Ela sorriu quando chegamos. Entregamos sua filha em seus braços e ela encontrou um pouco de dificuldade em posicioná-la para mamar, devido ao desconforto ocasionado pelas cólicas causadas pela ocitocina e então a auxiliamos a posicionar o bebê.

Perguntamos a LÍRIO se ele conhecia as vantagens do aleitamento materno para o bebê e para a mulher. Disse que sabe que é o alimento mais importante para o bebê, mas desconhecia as vantagens para a mulher. Questionamos Margarida se ela amamentou seu outro filho e ela disse que sim e que sabe que é o melhor alimento para o bebê. Embora soubessem que é importante para sua filha, percebemos que não sabiam exatamente como o leite materno protege o bebê, por isso lembramos das vantagens, como os fatores de proteção contra infecções, principalmente diarreias e alergias. Apontamos também os benefícios para a mulher, pois Margarida sabia apenas que a amamentação ajuda a mulher a emagrecer mais depressa, desconhecendo as outras vantagens. Sendo assim, explicamos outras vantagens, como a involução uterina - que ocorre mais rapidamente quando a ocitocina é liberada em decorrência da amamentação - e a proteção da mulher contra o câncer de mama e ovário, além de fortalecer o vínculo entre mãe e bebê.

Após alguns carinhos na filha, LÍRIO disse que a experiência de assistir o parto foi emocionante e que chorou um pouco.

**"Foi um momento inesquecível. Quando ouvi seu primeiro choro, quase chorei também". (LÍRIO)**

Disse que ia telefonar para os parentes para dizer como sua companheira estava passando e falar sobre a aparência de Júlia.

Menos de um minuto depois, retornou dizendo que se fosse embora poderia voltar somente à tarde, segundo as normas da maternidade. Então Margarida lhe disse que fosse para casa tomar um banho, descansar um pouco e se alimentar, que ela ficaria bem. Então se despediu, dando-lhe um beijo na testa e dizendo "fica com Deus, de tarde eu volto".

Ficamos conversando com a puérpera e observando Júlia, que mamava e dormia como todo recém-nascido saudável. Ela disse que Lírío foi sempre muito atencioso com ela e que embora a gravidez não tenha sido planejada, ele ficou bastante contente e, ao saber que era uma menina, fez questão de comprar o enxoval cor-de-rosa. Disse também que seu outro filho lhe telefonava todos os dias perguntando se sua irmã já havia nascido. Referiu ainda que pretende ficar na casa de sua mãe, em Tubarão, durante uns vinte dias para que ela lhe ajude.

Um técnico em enfermagem observou o sangramento e verificou sua pressão arterial. Em seguida, trouxe a maca para levar a puérpera e sua filha ao alojamento conjunto. Eram 10h30, uma de nós pegou Júlia no colo para que a puérpera se posicionasse na maca e o bebê logo começou a chorar e permaneceu chorando até chegar ao destino.

Ela sorriu e disse que sua filha era “chorona e brava” igual ao pai, enquanto que ele já havia nos dito que sua filha era “brava e chorona” como sua companheira.

Fomos, no dia 16 de abril, no período matutino, ao alojamento conjunto, visitar a família. No momento da nossa chegada, havia professor e estudantes de medicina no quarto e então conversamos apenas com Lírío, que estava sentado no banco do corredor. Ele disse que Júlia é muito chorona e que havia ficado acordada a noite inteira. Ele e sua companheira achavam que o bebê havia apresentado cólicas. Perguntamos por que achavam isso e ele disse que ela se contraía e chorava forte. Então perguntamos que cuidados ele e sua mulher tinham tomado e ele disse que sua companheira posicionou o bebê de encontro com seu abdome. Perguntamos se conhecia outro cuidado e ele respondeu que não. Assim o orientamos, caso o bebê apresente cólicas em casa, para que passem uma fralda com ferro de passar roupa e posicionem a mesma sob o abdome do bebê. Após mais um tempo de conversa informal, despedimo-nos, desejamos felicidades para a família e agradecemos sua participação.

### **Quinto relato: Jasmim e Hortênsia**

Foi no quinto dia do mês de maio, durante uma manhã fria e chuvosa que entrevistamos o quinto pai.

Eram cerca de 8h30 quando fomos avisadas de que uma mulher parturiente estava sendo internada no C.O. acompanhada de seu esposo. Fomos imediatamente recebê-los. Naquele momento, o pai não estava presente. Apresentamo-nos à mulher parturiente, mostramos a ela seu leito na sala de pré-parto e explicamos a proposta do nosso trabalho. Perguntamos pelo pai e ela disse que ele já estava vindo. Questionamos se ela já conhecia a maternidade. Como a resposta foi negativa perguntamos se ela gostaria de conhecer as salas de parto e ela disse que sim. Esperamos um tempo para que o pai chegasse. Como houve demora, fomos orientadas pela enfermeira a levá-la mesmo sem o pai para aproveitar que as contrações ainda estavam fracas.

Seguimos então com a mulher parturiente até as salas de parto. Apresentamos primeiramente a sala de cesária, da qual ela referiu querer distância. Disse que é seu segundo filho e teve o primeiro de parto normal horizontal, e gostaria que esse também não precisasse nascer de cesariana, pois é uma cirurgia e o parto normal é mais saudável e mais fácil. Concordamos com ela, dizendo que o parto normal é o mais saudável tanto para a mulher como para o bebê; a recuperação é mais rápida; não tem os riscos de infecção que existem em uma cirurgia grande como uma cesariana, além de que o risco de hemorragias pós-parto é menor, pois o útero contrai mais rapidamente por ação da ocitocina, que já está agindo naturalmente no corpo da mulher em trabalho de parto. Perguntamos se ela conhecia o parto de cócoras e ela disse que não. Seguimos então para a sala de parto número 2 e apresentamos a ela a posição vertical para o parto. Explicamos suas vantagens em relação ao parto horizontal como a ação da força da gravidade, a diminuição da compressão da aorta



abdominal e veia cava inferior pelo peso do útero, o que aumenta o aporte de oxigênio para bebê e evita uma hipotensão materna, a força necessária para que o bebê nasça é menor e as contrações são mais eficientes e menos dolorosas. Ao término da explicação, perguntamos se ela queria sentar na mesa de parto para experimentar. Ela preferiu não sentar porque estava sentindo muitas dores. Então uma de nós sentou-se na mesa para demonstrar. Questionamos o que ela achou do parto de cócoras e ela disse que achou muito interessante e que vai tentar. Dissemos a ela que qualquer uma das salas de parto normal possuem mesas que podem ser adaptadas para os dois tipos de parto e que a vontade dela seria respeitada quanto à escolha da posição, de maneira que ela escolhesse aquela que lhe fosse mais confortável. Seguimos então para a sala de cuidados com o recém-nascido, para a sala de parto número 1 e finalmente para a sala de recuperação pós-parto.

Durante a visita às salas de parto, mostramos a ela o local onde o pai ficaria sentado, caso quisesse participar do parto. Ela então referiu achar que ele não iria participar porque não agüentaria.

Retornamos então para a sala de pré-parto. Neste momento, o pai já havia chegado. Apresentamo-nos a ele e perguntamos se gostaria de participar do nosso estudo. Ele sorriu, concordou e assinou o termo de consentimento. Primeiramente procuramos permitir que a mulher parturiente adotasse uma posição que lhe fosse confortável. A dinâmica uterina era de 3 contrações em 10 minutos e a dilatação era de 4cm.

Perguntamos qual a posição em que ela gostaria de ficar naquele momento. Ela preferiu deitar, pois as dores estavam fortes. Antes que ela deitasse, perguntamos se conhecia a bola e o cavalinho e ela respondeu que não. Explicamos como utilizar os dois aparelhos e as vantagens dos mesmos para a evolução do trabalho de parto, pois auxiliam o bebê a se encaixar na pelve. Ao final, questionamos se ela gostaria de experimentar e ela prontamente respondeu que sim, que queria sentar-se na bola. Perguntou se não havia perigo de a bola

estourar. Respondemos que não, pois era reforçada e feita para esta finalidade. O pai achou engraçado.

Observamos que o pai estava bastante tranquilo, fazendo brincadeiras e tentando tranquilizar a mulher parturiente com bom-humor.

Enquanto estava sentada na bola, sentiu uma forte contração e referiu náuseas. Alcançamos a ela a cuba-rim, caso precisasse vomitar. Perguntamos se gostaria de uma massagem nas costas e ela aceitou. Começamos a realizar a massagem e em seguida estimulamos o pai a lhe oferecer esta massagem. Ele imediatamente começou a massageá-la, conforme mostramos e disse:

**“Eu te ajudo”. (Jasmim)**

Perguntamos o que ela estava achando da massagem. Ela disse que estava ótima e ajudava a diminuir a dor. Explicamos a importância da realização dessa massagem para proporcionar relaxamento e aliviar a dor ocasionada pela descida do bebê e movimentação óssea da pelve, para que passe pelo trajeto duro durante o parto. Ela permaneceu na bola por cerca de 20 minutos e depois preferiu deitar, pois referiu que as dores estavam fortes.

Observamos que o pai auxiliava sua companheira a se levantar, a caminhar e a se deitar. Ela deitou-se em decúbito lateral esquerdo. Perguntamos qual a posição em que ela costumava deitar em casa e ela disse que sempre deitou de lado porque achava mais confortável e porque a médica orientou que facilita o transporte de oxigênio para o bebê. Explicamos que a atitude dela estava correta e explicamos as outras vantagens do DLE, como diminuição da compressão da aorta abdominal e veia cava inferior pelo peso do útero, o que facilita a circulação sanguínea da parte inferior para a parte superior do corpo evitando queda de pressão arterial e desconfortos.

Percebemos que durante as contrações a mulher parturiente trancava a respiração ou aumentava a frequência respiratória. Perguntamos o motivo de ela trancar a respiração. Ela não soube responder e provavelmente fazia isso com intenção de aliviar a dor. Falamos para ela respirar profundamente, principalmente durante as contrações, pois durante este período o aporte de oxigênio para o bebê fica diminuído, por isso ela deveria respirar profundamente para favorecer a oxigenação. Ela compreendeu e modificou seu padrão respiratório. O pai, como forma de brincar com sua companheira, freqüentemente fazia respiração cachorrinho para que ela o imitasse e ria logo em seguida. Explicamos a ele que esse tipo de respiração não é mais recomendado para que as mulheres façam durante o trabalho de parto, pois não favorece a oxigenação adequada ao bebê e à própria mulher parturiente.

A mulher parturiente referia ter fortes dores e náuseas. Disse que estava com vontade de vomitar e o pai alcançou-lhe a cuba-rim. Ela vomitou. Explicamos que o vômito é comum durante o trabalho de parto.

Neste momento, iniciamos a entrevista com o pai. Jasmim, 34 anos, natural de Urubici, procedente do Kobrasol, trabalha como vendedor e tem 2º grau incompleto. É casado, de religião católica. É seu segundo filho com sua esposa Hortênsia, 34 anos. Segundo ele, a gravidez não foi planejada. Ela fez aproximadamente 7 consultas de pré-natal em uma clínica particular. Optou por ganhar no HU, porque sabiam que neste dia a médica com a qual fizeram o pré-natal estaria de plantão nesta maternidade. Vieram para a maternidade às 6 horas da manhã, pois a bolsa havia rompido de madrugada. Nunca participaram de grupo de gestantes e/ou casais grávidos.

Perguntamos a Jasmim o que é família e ele disse apenas que família “é tudo”. Disse que ser pai significa muita coisa, que é a coisa mais linda e importante que existe e que está se sentindo muito feliz sendo pai novamente. Disse estar passando por uma experiência nova em participar do parto. Perguntamos como ele vê a participação do pai na gestação e no parto.

Disse achar importante, tanto para a mulher como para o bebê. Participou da gestação dando apoio e ajudando nos serviços domésticos. Não pôde acompanhar Hortênsia nas consultas devido ao horário de trabalho. Embora ache importante a participação do pai no parto, ainda estava indeciso quanto a sua participação no parto, pois acha isso um pouco estranho.

**“Ainda não decidi se vou participar. Acho estranho”. (Jasmim)**

Conversamos com Jasmim na tentativa de incentivá-lo a participar do nascimento de sua filha, contando-lhe a experiência vivenciada pelos outros pais que também tinham medo. Disse estar acompanhando sua esposa por iniciativa própria e que realmente tem vontade de participar do parto, mas não sabe se vai agüentar.

Perguntamos a ele sobre suas crenças e medos em relação ao processo de nascimento. Ele disse não acreditar em muita coisa, mas que sempre fica com um pé atrás quando não as cumpre. Como exemplo, citou o fato de atender aos desejos de sua companheira durante a gravidez, mesmo não acreditando muito que possa ocorrer algum dano à criança, caso não atenda a esses desejos. Acredita que a mudança de lua, principalmente para lua cheia, influencie no nascimento de uma criança, porque influencia na movimentação das águas. Já ouviu falar que uma mulher não deve lavar a cabeça logo após o parto, mas nem ele nem sua esposa acreditam nisso. Disse que aumentou o número de orações durante a gestação. Referiu que seu medo é de que algo aconteça de errado com sua esposa e com o bebê.

Perguntamos a Jasmim se ele e sua esposa mudaram algum hábito quando souberam que estavam grávidos. Respondeu que não mudaram nada e inclusive que tinha ficado sabendo naquele mesmo dia, já na maternidade, que Hortênsia continuou fumando escondida 3 cigarros por dia durante a gestação.

Durante toda a entrevista, Jasmim segurava a mão de Hortênsia como forma de ajudá-la a aliviar a dor, muitas vezes interrompendo a resposta que estava nos dando. Aguardávamos pacientemente até que ele se sentisse pronto para continuar a entrevista.

Jasmim nos perguntou se Hortênsia poderia tomar um pouco de água. Dissemos que sim desde que em pouca quantidade para que ela não vomitasse. Imediatamente buscamos água e lhe alcançamos. Ele referiu achar que a mulher parturiente deveria ficar sem se alimentar durante o trabalho de parto. Perguntamos por que e ele disse que ela poderia ter alguma indisposição, caso se alimentasse. Explicamos que o jejum não é mais recomendado durante o trabalho de parto que evolui bem, pois a mulher parturiente precisa se alimentar para se sentir mais forte e ter mais energia e que no HU é fornecida dieta líquida restrita até os 7cm de dilatação. A paciente recebeu dieta líquida restrita no período da manhã.

Em certo momento, Jasmim perguntou a Hortênsia se queria se levantar e caminhar um pouco e ela disse que não. Aproveitamos para perguntar ao pai o que ele achava sobre a caminhada durante o trabalho de parto e ele respondeu que caminhar faz bem para ela e para o bebê. Explicamos que caminhar ajuda o bebê a se encaixar na pelve e diminui os desconfortos já citados anteriormente em decorrência da compressão do útero sobre a aorta abdominal e veia cava inferior.

Perguntamos-lhe qual seria o melhor tipo e posição de parto para sua companheira e ele disse que deve ser o horizontal, pois ela ficará deitada e será mais confortável. Explicamos as vantagens do parto de cócoras e dissemos que a melhor posição para o parto é aquela em que a mulher se sentir melhor. Ele concordou e sua esposa comentou:

**“Vou tentar de cócoras”. (Hortênsia)**

Devido ao fato de Hortênsia estar apenas com 4cm de dilatação, previmos que o parto ainda demoraria para acontecer e optamos por terminar a entrevista no dia seguinte, no alojamento conjunto. Por já ser o horário de término do estágio, não foi possível acompanharmos o parto.

Na manhã do dia 6 de maio, estivemos no alojamento conjunto visitando a puérpera, mas o pai não estava presente, o que nos levou a adiar o término da entrevista para o dia seguinte. Perguntamos a ela como tinha sido o parto e se o pai havia participado. Ela disse que fez parto de cócoras e correu tudo bem e completou dizendo entusiasmada que o pai assistiu ao parto. Ela disse que estava tudo bem com o bebê, porém tinha passado quase que o tempo todo acordado desde que nasceu e havia acabado de dormir quando chegamos. Perguntamos se o pai viria e ela disse que sim, mas não sabia o horário e nem se viria pela manhã. Avisamos então a puérpera que voltaríamos no dia seguinte para ver se encontrávamos o pai. Ela sorriu e disse que não tinha nenhum problema se voltássemos. Despedimo-nos e retornamos ao centro obstétrico.

No dia seguinte, pela manhã, fomos outra vez ao alojamento conjunto para visitar a família, mas o pai novamente não estava presente conforme o combinado. No dia da entrevista no C.O., havíamos perguntado ao pai, antes que assinasse o termo de consentimento, se ele estaria no AC acompanhando sua esposa no dia seguinte, para continuarmos a entrevista. Ele nos disse que estaria e que poderíamos ir até lá. Infelizmente o combinado não foi cumprido, mas respeitamos, pois o termo de consentimento por ele assinado dá o direito de a pessoa desistir em qualquer etapa da entrevista.

Aproveitamos então para conversar novamente com a puérpera, que nos disse que o pai gostou muito de ter assistido ao parto, que se comportou melhor do que ela esperava e não passou mal como imaginava. Relatou que o pai está muito feliz e já até pegou sua filha no

colo, coisa que não fez com seu primeiro filho enquanto era recém-nascido, por ter medo de segurá-lo.

Perguntamos como estava o processo de amamentação e ela nos disse que estava com fissura nos dois mamilos e já estava tratando com banho de luz e que mesmo assim continua amamentando sempre que sua filha deseja, agüentando a dor. Explicamos a ela quais as causas da fissura mamilar, sendo a mais importante a pega incorreta da aréola pelo recém-nascido bem como maneira de tratá-la. Contou que já havia sido orientada quanto a isso.

Referiu também estar ansiosa pela alta que iria acontecer naquele mesmo dia, à tarde. Estava aguardando a passagem da médica para poder ligar para o seu esposo e avisar a hora em que deveria buscá-la.

Enfim nos despedimos da puérpera, agradecemos a atenção do casal e demos o recado para que ela agradecesse seu esposo pela participação no nosso estudo. Desejamos felicidades à família e retornamos ao centro obstétrico.

**PROCESSOS DE ENFERMAGEM:**

**Amor perfeito e Violeta:**

<b>Conhecendo a Situação</b>	<b>Refletindo sobre a situação.</b>	<b>Planejando e implementando o cuidado</b>	<b>Avaliando o cuidado</b>
<b>Amor perfeito trouxe sua companheira para a maternidade somente quando havia duas contrações em 10 minutos.</b>	Percebemos que se tratava de um casal bem informado a respeito do trabalho de parto, pois tinham participado do grupo de gestantes ou casais grávidos do HU-UFSC.	Achamos importante parabenizá-lo pela atitude correta e manter o cuidado. Explicamos que uma mulher só está em trabalho de parto quando apresenta pelo menos duas contrações em 10 minutos, estando associado a outros sinais como: apagamento e dilatação do colo, formação da bolsa das águas e perda de tampão mucoso.	Cuidado mantido. Por terem vindo para a maternidade no momento certo, o período de internação foi menor, reduzindo o estresse causando pelo ambiente hospitalar. A atitude do pai foi correta e por ter sido parabenizado certamente terá a mesma atitude se passar por isto novamente.



<b>Amor perfeito realizava massagens na região lombar e sacra de Violeta.</b>	<p>Observamos um pai bastante participativo.</p> <p>O casal fazia uso de tudo que aprenderam no grupo de gestantes ou casais grávidos do HU-UFSC. A massagem estava sendo realizada corretamente, não necessitando de orientação.</p>	<p>Necessidade de manter o cuidado, pois trazia grandes benefícios para a mulher parturiente e também para o casal, que mantinham uma grande proximidade, fortalecendo o vínculo familiar.</p> <p>Orientados quanto aos benefícios da massagem para o alívio da dor causada pelas contrações e para manter a mulher parturiente mais relaxada. O pai foi elogiado pelo cuidado prestado a mulher parturiente.</p>	<p>Cuidado mantido. O pai continuou a realizar massagens em sua companheira até mesmo no momento do parto.</p>
<b>Violeta manifestou vontade de</b>	<p>Percebemos que a mulher parturiente,</p>	<p>Necessidade de orientação quanto</p>	<p>Cuidado adaptado. Embora tenha</p>

<p><b>caminhar.</b></p>	<p>apesar de referir que as dores diminuíam quando caminhava, estava um pouco insegura, não tendo certeza se poderia ou não caminhar durante o trabalho de parto.</p>	<p>aos benefícios da caminhada para o trabalho de parto que evolui sem intercorrências. Necessidade de adaptar o cuidado quanto à atividade física durante o trabalho de parto, sendo orientada a caminhar quando sentisse vontade, intercalando com períodos de descanso quando sentir necessidade.</p>	<p>permanecido caminhando durante quase todo o período, deitava-se quando se cansava. Quando as contrações já estavam bastante frequentes e intensas permaneceu a maior parte do tempo deitada</p>
<p><b>Amor perfeito questionou se os batimentos cardíacos do bebê aumentam durante a contração.</b></p>	<p>Percebemos que o pai não tinha informações sobre este assunto.</p>	<p>Necessidade adaptar o cuidado quanto à reação do recém-nascido ao trabalho de parto, explicando que os batimentos do bebê podem</p>	<p>Cuidado adaptado. O Pai compreendeu a nossa explicação, tendo sua dúvida esclarecida.</p>

		<p>aumentar, diminuir ou se manterem estáveis durante as contrações. Por isso a necessidade de monitorar os BCF para verificar como o bebê está reagindo ao trabalho de parto.</p>	
<p><b>Violeta sentiu vontade de tomar um banho morno para relaxar.</b></p>	<p>Achamos que seria bom que tomasse um banho morno de chuveiro, pois as dores estavam fortes e o banho auxiliaria no relaxamento.</p>	<p>Necessidade de manter o cuidado, pois o banho auxiliaria no relaxamento da mulher parturiente, aliviando os desconfortos e facilitando a descida do bebê, pois se estivesse relaxada, toda a musculatura estaria também relaxada.</p> <p>Orientamos para que</p>	<p>Cuidado mantido. A mulher parturiente manteve-se sentada durante todo o banho, referindo que o banho estava ótimo e que as dores tinham diminuído.</p>

		<p>ficasse sentada para não haver riscos de queda e deixasse que a água morna caísse principalmente sobre a região lombar e sacra.</p>	
<p><b>Amor perfeito perguntou se Violeta poderia ficar o tempo que quisesse no chuveiro.</b></p>	<p>O pai mostrava-se bastante interessado no bem-estar de sua companheira, pois esta referiu que o banho estava ótimo e que gostaria de continuar no chuveiro.</p>	<p>Necessidade de manter o cuidado. Explicamos que a mulher parturiente pode ficar no chuveiro o tempo que achar necessário para que fique relaxada.</p>	<p>Cuidado mantido. A mulher parturiente permaneceu no banho por cerca de 40 minutos, até que o pai foi auxiliá-la a sair do chuveiro.</p>
<p><b>Amor perfeito acha que o papel do pai no parto é somente para dar apoio a mulher.</b></p>	<p>Achamos que este tinha uma visão muito restrita do papel do pai no processo de nascimento.</p>	<p>Necessidade de adaptar o cuidado quanto à importância do pai no processo de nascimento.. Dissemos que a participação do pai é importante, entre</p>	<p>Cuidado adaptado. O pai esteve ao lado da mulher parturiente durante todo o trabalho de parto e parto, oferecendo a ela não só o seu apoio como</p>

		<p>outros motivos, para dar apoio, para criar um vínculo com seu filho já nos primeiros minutos de seu nascimento, para fortalecer o vínculo familiar e para transmitir segurança a mulher nesse momento, não ficando ela cercada apenas de estranhos.</p>	<p>também lhe prestando diversos cuidados.</p>
<p><b>Amor perfeito</b> <b>manifestou medo</b> <b>de o cordão</b> <b>umbilical enrolar</b> <b>no pescoço do bebê.</b></p>	<p>Percebemos que este é um medo comum a muitos pais e mulheres gestantes/parturientes. Muitos não expõem esse medo e então não recebem a orientação adequada necessária para tranquilizá-los.</p>	<p>Necessidade de adaptar o cuidado. Explicamos que pode haver circular de cordão no pescoço do bebê, mas que os profissionais tem preparo para desfazer essa circular durante o</p>	<p>Cuidado adaptado. O pai ficou ciente de que isso pode acontecer, porém mais tranquilo por saber que existe uma equipe preparada para atender esses acontecimentos.</p>

		parto, de maneira a evitar prejuízos.	
<b>Amor perfeito referiu ter medo de “manusear” o recém-nascido</b>	Observamos que este também é um medo comum aos pais, principalmente aos de “primeira viagem”. Muitos referem que o bebê é muito mole e podem machucá-lo.	Necessidade de adaptar o cuidado quanto ao manuseio do recém-nascido. Explicamos a ele que o bebê não sofre fraturas se manusearmos com alguns cuidados, como por exemplo, oferecer sempre apoio para a nuca do recém-nascido quando for pegá-lo no colo, pois este não possui sustentação da cabeça e pescoço.	O pai ainda assim manteve-se preocupado em segurar o bebê, e acabou por não segurá-lo nos primeiros momentos porque o bebê nasceu deprimido e foi levado a UTI.
<b>Amor perfeito refere que o parto de cócoras é o melhor, pois sofre</b>	Observamos que o pai possui bastante conhecimento a respeito do processo	Necessidade de manter o cuidado quanto à posição do parto.	A mulher parturiente tinha dúvidas sobre a posição e a sala que escolheria.

<p><b>influência da força da gravidade.</b></p>	<p>de nascimento, segundo ele, aprendidos no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC. Achamos interessante apontar outros benefícios do parto de cócoras bem como explicar os demais tipos e posições de parto.</p>	<p>Porém, explicamos as vantagens e desvantagens de cada tipo e posição para o parto, porém ressaltando que seria respeitada a decisão da mulher parturiente.</p>	<p>Acabou por optar pelo parto de cócoras. Inicialmente o cuidado foi mantido, porém a mulher parturiente sentiu-se desconfortável acorada e preferiu mudar para a posição horizontal.</p>
<p><b>Amor perfeito auxiliava Violeta a assumir posições de conforto para reduzir o desconforto das contrações.</b></p>	<p>O casal fazia uso de tudo o que aprenderam no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC, não havendo necessidade de maiores explicações.</p>	<p>Necessidade de manter o cuidado referente ao conforto da mulher parturiente. Embora já conhecessem a importância de adotarem posições de conforto, achamos importante recapitularmos,</p>	<p>Cuidado mantido. O pai continuou a auxiliar sua companheira a assumir posições de conforto, inclusive na sala de parto durante o nascimento do bebê.</p>

		junto com eles, os benefícios dessa prática.	
<b>Amor perfeito estava preocupado porque o bebê estava demorando a nascer e com a dor que Violeta sentia.</b>	Observamos que a preocupação com o tempo do trabalho de parto é comum entre os pais, pois acham que quando existe a demora há riscos para o bebê ou é sinal de que algo não está bem. A preocupação com a dor também é comum, pois os pais se sentem incomodados ao não poderem fazer nada para auxiliar.	Necessidade de repadronizar o cuidado quanto a duração do trabalho de parto. Apresentamos a ele o partograma da mulher parturiente e mostramos a ele que a evolução do trabalho de parto dela estava dentro do esperado. Explicamos as fases do período de dilatação e o tempo que pode demorar um trabalho de parto em mulheres primíparas.	Cuidado repadronizado. O pai mostrou-se mais tranquilo após ouvir nossa explicação, não demonstrando mais ansiedade por esse motivo.
<b>Amor perfeito</b>	Identificamos falta de	Necessidade de	Cuidado adaptado.



<p><b>referiu achar importante que seja verificada a temperatura da mulher parturiente sempre que se verificar os sinais vitais.</b></p>	<p>informação sobre o assunto e grande preocupação com o mesmo.</p>	<p>adaptar o cuidado referente aos cuidados com a mulher parturiente. Explicamos ao pai o objetivo de se verificar a temperatura nas mulheres parturientes como meio de diagnosticar uma infecção, mas que no caso de sua companheira, a bolsa estava íntegra havendo necessidade de verificação a cada 4 horas.</p>	<p>Continuamos a verificar a temperatura a cada 4 horas conforme rotina da maternidade e a necessidade da mulher parturiente.</p>
<p><b>Amor perfeito manifestou desejo de cortar o cordão umbilical, pois ficou sabendo que poderia cortá-lo.</b></p>	<p>Achamos muito importante esse interesse do pai em cortar o cordão umbilical, pois representa vontade de</p>	<p>Necessidade de manter o cuidado. Dissemos ao pai que essa é uma atitude bonita, parabenizando-o.</p>	<p>Cuidado mantido. O pai cortou o cordão umbilical de sua filha.</p>

	participar de todas as maneiras do nascimento de sua filha, fortalecendo o vínculo familiar e criando desde o início relação de apego/afeto com sua filha.	Orientamos que poderia fazê-lo. Avisamos o doutorando que assistiria ao parto sobre o desejo do pai.	
<b>Amor perfeito</b> <b>perguntou se</b> <b>precisava esperar</b> <b>parar a pulsação</b> <b>do cordão</b> <b>umbilical para</b> <b>cortá-lo.</b>	Refletimos que essa pergunta representava uma grande vontade de fazer as coisas corretamente, evitando qualquer dano a sua companheira e a sua filha.	Necessidade de manter o cuidado quanto à vontade do pai em realizar os procedimentos corretamente. Perguntamos ao médico sobre o assunto e este respondeu ao pai que geralmente se espera parar a pulsação para cortar o cordão umbilical.	Cuidado mantido. O pai cortou o cordão umbilical após a pulsação ter parado.
<b>Amor perfeito</b>	Percebemos que o pai	Necessidade de	Cuidado adaptado.

<p><b>perguntou se sua filha já poderia mamar.</b></p>	<p>tinha preocupação que sua filha estivesse com fome e queria seguir aquilo que havia aprendido, que assim que o bebê nasce já é colocado junto à mãe para mamar.</p>	<p>adaptar o cuidado. Explicamos que sua filha estava um pouco deprimida e precisava ir para a UTI neonatal para continuar recebendo oxigênio, e que só poderia mamar quando seu quadro estivesse mais estável.</p>	<p>O bebê foi encaminhando a UTI neonatal, na companhia do pai, e ao final do dia, quando havia melhorado, foi levado até a mãe no Alojamento Conjunto para se alimentar e se aconchegar.</p>
<p><b>Amor perfeito disse que não era para darmos mamadeira para sua filha.</b></p>	<p>Observamos que o pai tinha informação sobre o aleitamento materno e os prejuízos de se oferecer bico artificial para o bebê. Percebemos uma preocupação que sua filha não mais aceitasse ser amamentada pela sua</p>	<p>Necessidade de manter o cuidado quanto ao aleitamento materno. Explicamos ao pai que não se usam bicos artificiais nessa maternidade (mamadeiras e chupetas). Essa orientação só é dada em casos em que a</p>	<p>Cuidado mantido. Assim que o recém-nascido recebeu alta da UTI, no final da tarde do mesmo dia do nascimento, foi levado até a mãe para se alimentar.</p>

	companheira se recebesse alimentação por mamadeira.	mãe é impedida de amamentar por algum motivo.	
--	---	---	--

**Lírio e Margarida:**

<b>Conhecendo a Situação</b>	<b>Conhecendo a Situação</b>	<b>Planejando e implementando o cuidado</b>	<b>Avaliando o cuidado</b>
<b>Lírio perguntou se poderia fazer algo para aliviar as dores de sua companheira.</b>	Percebemos um pai participativo entretanto não sabia como ajudar sua companheira no processo de nascimento.	Necessidade de adaptar o cuidado Orientamos o pai a realizar massagens nas regiões lombar e sacra de sua companheira a fim de aliviar as dores e proporcionar relaxamento.	Cuidado adaptado O pai se mostrou menos ansioso, pois se sentiu mais útil, realizando as massagens.
<b>Lírio relatou que sua companheira não deveria comer sólidos durante o trabalho de parto</b>	Observamos que o pai tinha informação a respeito do assunto.	Necessidade de manter o cuidado Orientamos o pai que no HU é fornecida dieta líquida restrita até os sete centímetros de dilatação.	Cuidado mantido . A mulher parturiente permaneceu em jejum pois já apresentava 9 –10 cm de dilatação
<b>Lírio relatou que se pudessem escolher</b>	Percebemos que o pai embora soubesse	Necessidade de adaptar o cuidado	Cuidado adaptado O Pai compreendeu

<b>pelo tipo de parto optariam por uma cesariana.</b>	que o tempo de recuperação de uma cesárea era maior não tinha mais informações sobre as vantagens do parto vertical.	Orientamos as vantagens do parto normal vertical.	a nossa explicação, tendo sua dúvida esclarecida.
<b>Lírio pediu auxílio para vestir o avental do centro obstétrico.</b>	Observamos que o pai apresentava dificuldade para vestir o avental	Necessidade de adaptar o cuidado. Auxiliamos o pai a vestir o avental e mostramos que a abertura deste era para trás.	Cuidado adaptado O pai vestiu, com nosso auxílio, o avental corretamente e agradeceu.
<b>Lírio abanava Margarida com um pacote de luvas durante o parto</b>	O pai mostrava-se bastante interessado no bem-estar de sua companheira, lhe abanando e secando seu suor.	Necessidade de manter o cuidado. Nosso olhar de aprovação lhe transmitiu segurança para que ele continuasse a realizar o cuidado.	Cuidado mantido. O pai continuou a abanar sua companheira, até após o nascimento de sua filha.
<b>Lírio pediu que fotografássemos</b>	Como forma de preservar o papel do	Necessidade de manter o cuidado.	Cuidado mantido. Tiramos as fotos e o

<b>sua filha no momento do nascimento.</b>	acompanhante, o pai deve permanecer ao lado da mulher parturiente lhe dando apoio emocional, e não como espectador tirando fotos ou filmando.	O pai deve permanecer ao lado de sua companheira como um acompanhante participativo.	pai permaneceu ao lado da mulher parturiente durante todo o parto, oferecendo a ela não só o seu apoio como também lhe prestando cuidados.
<b>Lírio manifestou vontade de nos acompanhar durante os cuidados com o RN</b>	Percebemos que o pai estava bastante emocionado com o nascimento de sua filha e interessado em acompanhar os cuidados.	Necessidade de manter o cuidado. Explicamos que sua filha já reconhece sua voz e o incentivamos a se aproximar e tocar em sua filha .	Cuidado mantido. O pai ficou durante os procedimentos ao lado de sua filha observando-a atentamente.
<b>Lírio referiu ter medo de manusear o coto umbilical para limpar, pois poderia cair antes do tempo.</b>	Observamos que este é um medo comum de muitas pessoas.	Necessidade de adaptar o cuidado quanto a higiene do coto.	Cuidado adaptado O pai demonstrou maior segurança após darmos a orientação.
<b>Lírio refere que o</b>	Observamos que o	Necessidade de	Cuidado mantido.

<b>leite é o melhor alimento para o bebe.</b>	pai sabia que o leite materno é importante para o bebê, entretanto desconhecia as vantagens para a mulher.	manter o cuidado. Embora sabendo da importância da amamentação, não soube relatar nenhuma vantagem. Reforçamos a importância descrevendo algumas vantagens.	O pai passou a conhecer as vantagens do aleitamento materno tanto para o bebê quanto para a mulher. Sua companheira amamentou o bebê durante toda a internação.
<b>Lírio relatou que sua filha apresentou cólicas durante a noite, pois chorou muito, impedindo que Margarida descansasse. Disse que Margarida posicionou o RN junto a ela como a enfermeira orientou.</b>	Observamos que o pai tinha preocupação com o bem estar de sua companheira e de sua filha, e que a atitude do casal foi correta, porém necessitando de mais orientação para o alívio das cólicas.	Necessidade de manter o cuidado. Orientamos, no caso de o bebe apresentar cólicas, que ele realize a manobra indicada pela enfermeira.	Cuidado mantido. O pai referiu que iria continuar a realizar esse cuidado quando necessário.



Com a identificação de crenças e valores através da interação com o pai e a mulher parturiente, e durante a realização do processo de enfermagem, consideramos essas crenças e valores advindos da cultura de cada indivíduo, que se inserem em um Sistema Popular de Saúde, essenciais para que implementássemos uma assistência culturalmente congruente.

Através do diálogo e observação do pai e da mulher parturiente, os saberes de ambos a respeito do processo de nascimento foram conhecidos e em seguida por nós refletidos. Após a reflexão pudemos implementar um cuidado profissional, respeitando os conhecimentos populares que o pai e a mulher parturiente traziam consigo, mantendo, acomodando ou repadronizando o cuidado cultural, conforme a teoria de Madeleine Leininger, de acordo com o conhecimento científico. Vale lembrar que sempre deixamos o pai e a mulher parturiente livres para escolherem os caminhos a serem seguidos, respeitando sua decisão.

**Objetivo 3: Participar do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC a fim de conhecer sentimentos, crenças e valores do pai sobre o processo de nascimento.**

Segundo Maldonado (1997), no início da década de 70, havia no Brasil uma espécie de “vácuo” no campo da preparação para a maternidade e a paternidade, pois não havia muita coisa sobre uma abordagem psicológica e, muito menos, multidisciplinar, a respeito do processo de nascimento. Era preciso começar a implantar novos modelos de trabalho, novas ópticas e novas possibilidades de assistência. Devido a pouca prática de trabalho interdisciplinar, utilizava-se vocabulário técnico, estimulando muito mais a competição e o isolamento do que a cooperação e a comunicação através de uma linguagem comum. No início, o modelo adotado era em forma de “curso” com aulas sobre temas preestabelecidos, com informações detalhadas, limitando a expressão das experiências vivenciadas e das emoções dos participantes. Atualmente, o “grupo de discussão” é a forma mais utilizada para

os grupos de preparação para a maternidade e a paternidade, pois permite compartilhar as vivências basicamente comuns em relação à maternidade e as modificações conseqüentes.

Maldonado et al (1997) referem que o grupo pode ser composto por mulheres gestantes, e o ideal é que os pais estejam presentes. Nestes casos, a participação é mais intensa, propiciando uma visão mais ampla da situação. É uma oportunidade de casais com expectativas - semelhantes ou diferentes - sobre o processo de nascimento, poderem trocar idéias.

O grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC tem como objetivos a troca de experiências entre os participantes, a abertura de espaço para as gestantes e acompanhantes expressarem seus medos e o auxílio no relaxamento e conscientização corporal. Além disso, contribui com o aprendizado de alunos e profissionais e muitas vezes é campo de desenvolvimento de pesquisas internas com questionários.

Nossas participações no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC se iniciaram no dia 25 de março e terminaram no dia 20 de maio de 2004. O grupo do qual participamos contou com a participação de 20 mulheres gestantes, 7 pais e outros 3 acompanhantes. Fomos bem aceitas pelos participantes e coordenadoras do grupo.

Nossa interação com os participantes ocorria principalmente durante a realização de atividades e intervalo para lanche. Foi nesses momentos que interagimos com cada pai e suas companheiras.

No decorrer das atividades, as gestantes e acompanhantes esclareciam dúvidas e compartilhavam experiências, que eram discutidas com o grupo e coordenadoras. Os assuntos tratados no grupo surgiam conforme a necessidade e o interesse das mulheres gestantes e acompanhantes. Os principais assuntos tratados no grupo foram:

- Sinais e sintomas do trabalho de parto, momento certo para ir para a maternidade e o que levar para a maternidade;

- Como diminuir a ansiedade e os desconfortos da gestação;
- Exercícios para facilitar o trabalho de parto;
- Exercícios de respiração e relaxamento;
- Cuidado com o corpo e mamas;
- Tipos e posições para o parto;
- Patologias na gestação;
- Cuidados com o recém-nascido: banho, coto umbilical e cólicas;
- Aleitamento materno, sua importância e benefícios para a mãe e para o bebê;
- Riscos do uso de mamadeiras e chupetas;
- Importância da participação do pai na gestação e parto;
- Sexualidade durante a gestação e após o parto.

No último encontro do grupo, as mulheres gestantes e os acompanhantes realizaram uma visita à maternidade do HU, para conhecer as rotinas e se familiarizar com o ambiente.

Em todos os encontros procurávamos observar principalmente a reação dos pais durante as atividades. No início de cada encontro era proporcionado às mulheres gestantes um momento de relaxamento, com exercícios respiratórios e adoção de posições que facilitam o trabalho de parto. Alguns pais participavam ativamente e espontaneamente dos exercícios junto com suas companheiras, outros tinham que ser estimulados e outros ficavam apenas observando. Eram freqüentes as situações em que o pai acariciava e beijava a barriga de sua companheira, demonstrando carinho e envolvimento com a gestação. Eram poucas as situações em que os pais faziam perguntas. Geralmente as dúvidas partiam das mulheres gestantes, levando o pai a assumir uma posição de ouvinte, passivo.

Percebemos que a maioria dos pais só manifestava suas opiniões quando havia estímulo, como quem se sente estranho naquele ambiente, não estando à vontade. Foram

poucas as crenças dos pais surgidas durante os encontros; já os sentimentos relatados foram vários.

As principais dúvidas dos pais foram:

- Por que a temperatura pode subir quando a bolsa rompe?
  - Quanto tempo leva para o bebê nascer quando começa o trabalho de parto?
  - Quando ir para a maternidade?
  - O que fazer se não der tempo de chegar até a maternidade e eu tiver que atender o parto?
- Devo cortar ou não o cordão?
- Como conciliar o sono do bebê com o nosso?

Todas as dúvidas eram inicialmente discutidas em grupo e só após a discussão eram esclarecidas pelas palestrantes. O grupo funciona de forma dinâmica e interativa; o palestrante leva cada participante a refletir sobre sua dúvida e pensar na resposta, para só então complementá-la ou corrigi-la.

No último encontro, durante o intervalo para lanche, realizamos a entrevista com 4 pais, escolhendo aqueles que consideramos mais participativos no decorrer dos encontros. Obtivemos primeiro o consentimento destes pais, a fim de conhecer os sentimentos, crenças e valores de cada um sobre o processo de nascimento. Todos os pais que participaram de nossa entrevista disseram que participam do grupo por vontade própria. Identificaremos estes pelas iniciais dos seus nomes: F.V., 38 anos; L.N., 41 anos; H., 38 anos e M.R.H., 22 anos.

Questionamos os pais sobre seus conceitos de família e paternidade. As respostas foram diversas e diziam que família é muito importante, é o berço de tudo, é onde um indivíduo começa a se formar. Pai é quem cuida, educa e dá sustento ao novo ser.

Um dos pais, durante a entrevista, disse que:

**“Ser pai é ser o que o meu pai foi! Não dá pra definir em palavras!” (F.V.)**

Os principais sentimentos manifestados pelos pais foram de felicidade, ansiedade e medo de que algo dê errado durante o parto. Um deles disse não ter sentimento e se sentir um estranho no meio de sua companheira e do bebê. Outro disse ter preocupação com a reação do seu filho mais velho após o nascimento do irmão. Isso o levou a incentivar o filho a conversar com o bebê dentro do útero materno, para prepará-lo e evitar ciúmes.

Segundo Maldonado et al (1997), a situação de ter um irmão desperta sentimentos de ciúme, rivalidade, amor e raiva. A maneira como se lida com o(s) irmão(s) mais velho(s) pode ajudá-lo(s) a atravessar esse período de uma maneira boa, ou contribuir para intensificar esses sentimentos. Os pais precisam demonstrar para o filho mais velho com atos de carinho e com palavras, que a chegada de um irmão não os impede de gostar dele.

Quanto à participação do pai na gestação e parto, todos os pais disseram ser fundamental para dar apoio à mulher e pretendem assistir ao parto para acompanhar os primeiros momentos do bebê, por ser esta uma oportunidade única.

Um relato interessante partiu de um dos pais, quando disse que gostaria de cortar o cordão umbilical de seu filho. Disse que pode até usar de violência se não permitirem que ele corte o cordão e principalmente se não esperarem o cordão parar de pulsar.

**“Cortar o cordão enquanto estiver pulsando acarreta prejuízos futuros à pessoa. Sei que é meu direito cortar o cordão umbilical” (F.V.)**

Os principais medos manifestados pelos pais foram:

- de que algo aconteça de errado no parto;
- de não saber o momento certo de ir para a maternidade;
- de o cordão umbilical enrolar no pescoço do bebê;
- de assistir a um parto com complicações;
- de que algo aconteça de errado durante a gestação;
- de parto prematuro;
- de que o bebê não seja perfeito.

Alguns comentários dos pais, que surgiram durante os encontros, merecem destaque:

- A gestação é minha também, 100%! Estou aprendendo muito com a gestação! (F.V.)
- Não confio muito em médicos! Quero estar junto para que ele não interfira em nada. (F.V.)
- Quero participar do parto para ter influência decisiva sobre os procedimentos! (F.V.)
- Quero ver no meu filho alguém como eu! (L.N.)
- Às vezes me sinto um estranho no meio dos dois (referindo-se à mulher e ao bebê). (L.N.)
- Acredito que a lua interfira no final da gestação para que o bebê nasça. (L.N.)
- Quero participar do parto para ver o resultado de tudo isso! É uma parte de mim que vai nascer. (L.N.)
- Vai ser duro! Relação sexual é só depois de 30 dias! (L.N.)
- A respiração deve ser abdominal, pois o diafragma desce e ajuda a empurrar o bebê. (F.V.)
- A dor do parto é normal e não deve ser retirada com analgesia, para que o parto seja o mais natural possível. (F.V.)
- O parto de cócoras é o melhor para a mulher, pois sofre ação da gravidade. (F.V.)
- A dor de parto pode ser comparada a uma dor de cabeça e deve ser interrompida com analgesia (C.A.D. Obs: Não foi entrevistado).

O interesse no retorno das atividades sexuais após o parto é comum entre os homens. Maldonado (1997) explica isso, dizendo que o período puerperal exerce um grande impacto no homem, que pode assumir fundamentalmente duas posições: ou encorajar e apoiar a mulher, participando de forma ativa, dividindo com ela a responsabilidade de cuidar do filho ou sentir-se marginalizado e essencialmente rejeitado, sentimentos esses que tendem a aumentar com a abstinência sexual das primeiras semanas e com o maior envolvimento da mulher com seu filho. Vale salientar que o pai que fez esse comentário a respeito da relação sexual é o mesmo que anteriormente havia dito se sentir um “estranho” no meio da mulher e do filho.

Robertson (2001) refere que a hospitalização do nascimento, considerando-o um evento médico e cirúrgico, e a percepção cultural de que toda dor é um sintoma de doença e deve ser suprimida, resultaram na crença de que a dor no parto é dispensável e sem valor, e que deve ser curada com equipamentos e tecnologia apropriados.

Ao final da entrevista, questionávamos os pais sobre o que consideram mais importante no que aprenderam no grupo de gestantes e/ou casais grávidos. Obtivemos quatro respostas diferentes, porém que se relacionam entre si:

**“Para mim, o mais importante foi compartilhar experiências com outros casais, de culturas diferentes e costumes diferentes e também reconhecer o papel fundamental do companheiro na gravidez.” ( H.)**

**“Como pai de primeira viagem, tudo que aprendi foi importante, pois eu não sabia nada!” (L.N.)**

**“Troca de informações e experiências.” (F.V.)**

**“Aprendi a cuidar do emocional e ter uma boa base para cuidar da mãe e do bebê.”**

**(M.R.H.)**

É importante citarmos a opinião do pai Amor perfeito (relato 2), ao qual implementamos cuidados no centro obstétrico, que havia participado do grupo de gestantes e/ou casais grávidos do HU-UFSC. Ele disse que aprendeu que todos os pais têm as mesmas dúvidas em relação à gestação e o parto, e isso, de certa forma o tranquilizou.

Segundo Maldonado (1997), o grupo de gestantes e casais grávidos tem grande valor terapêutico, pois permite que os participantes compartilhem vivências que geralmente são comuns a todos, o que alivia a ansiedade.

Amor perfeito sugeriu que o grupo de gestantes passasse a se reunir no período noturno, a fim de que mais pais tenham oportunidade de participar, pois é muito importante para preparar o casal para vivenciar o nascimento.

**Objetivo 4: Buscar aprofundar e ampliar os conhecimentos em relação à teoria de Madeleine Leininger e a enfermagem obstétrica e neonatal.**

Para que nossos objetivos fossem alcançados, primeiramente buscamos dominar a teoria de Madeleine Leininger procedendo com leituras de bibliografias que utilizaram esta teoria, para que pudéssemos realizar uma assistência culturalmente congruente. A partir daí, muitas discussões foram feitas, possibilitando o planejamento e implementação dos cuidados.

Buscamos também literaturas a respeito do processo de nascimento, paternidade, questões culturais que envolvem esse processo, cuidados com o recém-nascido, a participação



do pai e assistência humanizada. Durante a prática assistencial, procurávamos discutir e esclarecer dúvidas com a nossa orientadora, relatando nossas experiências de estágio, como forma de ampliar nossos conhecimentos.

Participamos também de alguns eventos que contribuíram para ampliar e aprofundar nossos conhecimentos teórico-práticos (Anexo G):

- 16º Curso de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno do Hospital Universitário HU/UFSC nos dias 29 e 30 de abril de 2004 com carga horária de 18 horas, em Florianópolis-SC.

Neste curso, foram abordados diversos assuntos: Os Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno; Incentivo ao aleitamento materno em SC; Aleitamento materno e sobrevivência infantil; Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante os seis meses; Partes da mama envolvidas na lactação; O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce; Ajudando as mães com as primeiras mamadas; Eliminando práticas prejudiciais ao aleitamento materno; Posições para o aleitamento materno; Problemas tardios nas mamas; Preparando as mães para o aleitamento em lar; Examinando as mamas e mamilos da mãe; Retirando e armazenando o leite materno; O bebê que não consegue pegar a aréola adequadamente; Mantendo a lactação apesar de uma possível separação entre mãe e filho; Tornando sua comunidade amiga da criança; Tornando seu hospital amigo da Criança.

Com a participação neste evento obtivemos conhecimentos, que foram aplicados durante a prática assistencial, incentivando o aleitamento precoce ainda no centro obstétrico, como forma de humanizar a assistência.

- I Encontro Estadual sobre Mortalidade Materna como monitoras e participantes, no dia 28 de maio de 2004, como duração de 8 horas, em Florianópolis-SC.

Neste evento foram abordados assuntos como: Caminhos e perspectivas da mortalidade materna no Brasil; Realidade e estratégias da mortalidade materna na região Sul;

Apresentação dos Comitês Regionais e estratégias para o desenvolvimento das atividades dos comitês.

Com a participação obtivemos conhecimento a respeito da mortalidade materna no Brasil, bem como suas principais causas e maneiras de preveni-la.

## 7 ASPECTOS ÉTICOS

Com o intuito de proteger os direitos das pessoas envolvidas nesta prática assistencial e assegurar um alto padrão de competência no campo em que atuamos, alguns aspectos foram observados, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996, e os princípios éticos do exercício profissional de enfermagem (Resolução COFEN nº 240/00):

Cumprimos e fizemos cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.

Exercemos a Enfermagem com responsabilidade, justiça, competência e autorização dos responsáveis pela instituição.

Asseguramos ao pai, mulher parturiente e recém-nascido uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Implementamos cuidados de enfermagem ao pai, mulher parturiente e recém-nascido, sem discriminação de qualquer natureza.

Esclarecemos todos os procedimentos a serem realizados durante a internação.

Realizamos cuidados de enfermagem a mulher parturiente RN e pai livre de riscos e/ou prejuízos.

Colaboramos com a Equipe de Saúde no esclarecimento da mulher parturiente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.

Prestamos adequadas informações ao pai e à mulher parturiente a respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.

Respeitamos e reconhecemos o direito da mulher parturiente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar.

Respeitamos crenças, valores, história de vida de cada pai e mulher parturiente.

Respeitamos o natural pudor, a privacidade e a intimidade da mulher parturiente e do casal.

Informamos às mulheres parturientes, família e profissionais que desejarem participar do trabalho, sobre a natureza do mesmo e seus objetivos.

A participação do Profissional de Enfermagem, nas pesquisas experimentais, foi precedida de consentimento, por escrito, do cliente ou do seu representante legal.

Solicitamos consentimento por escrito do pai, para participar deste projeto, mediante a apresentação da informação completa dos objetivos, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade, enfatizando sua liberdade de participação ou não e podendo desistir em qualquer momento.

Fomos honestas nos resultados do trabalho.

Os dados obtidos neste estudo só serão utilizados para os fins previstos.

Não publicamos nem publicaremos trabalho com elementos que identifiquem o cliente, sem sua autorização.

O sigilo e a confiabilidade das informações obtidas foram mantidos.

Mantivemos segredo sobre fato sigiloso de que tivemos conhecimento em razão de nossa atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O término desse trabalho representa mais uma etapa cumprida em nossas vidas. Percorremos um caminho longo para que passássemos de acadêmicas a enfermeiras e isto resulta de dedicação e uma busca constante de conhecimentos.

Inicialmente, achamos que não seria possível identificar crença e valores do pai no processo de nascimento. Quando identificados, esses não eram claros e muitas vezes encontramos dificuldades para fundamentá-los.

A participação do pai durante o processo de nascimento, mais precisamente no parto, é um assunto que vem sendo bastante discutido por médicos, enfermeiros e psicólogos. Observamos que existem profissionais que ainda se declaram contra, pois dizem que a pessoa mais adequada para acompanhar uma mulher durante o parto não é o homem, mas sim uma outra mulher, por entender o que a mulher parturiente está sentindo naquele momento.

Durante a nossa prática percebemos que a participação do pai no processo de nascimento é fundamental para formar vínculo desde cedo entre pai e filho, contrariando o que vinha sendo dito anteriormente. Entendemos que a participação do pai deve ser estimulada porém não deve ser imposta. Ele não deve ver sua participação como uma obrigação, mas sim como um momento de alegria, contribuição e envolvimento com o nascimento de seu filho. Além disso, a mulher deve ser ouvida e ter sua vontade respeitada quanto à escolha do acompanhante. Observamos, durante a nossa prática, que os enfermeiros têm dado oportunidade para que a mulher manifeste seu desejo de escolha da pessoa que gostaria que estivesse ao seu lado naquele momento.

O referencial teórico por nós utilizado fez um casamento perfeito com os nossos objetivos, pois a gestação e o parto mostravam-se momentos fortemente influenciados pela cultura da mulher parturiente e família.

Para implementar um cuidado culturalmente congruente, buscamos primeiro conhecer os valores, crenças e sentimentos do pai e da mulher parturiente, valorizando o conhecimento popular. Isso não foi tarefa fácil, pois muitas vezes, por falta de experiência, julgamos certas atitudes, deixando que nossos próprios valores influenciassem nas decisões que o pai e a mulher parturiente deveriam tomar, sendo difícil deixar de ser o possuidor do conhecimento, para permitir que os mesmos sigam o caminho que desejarem. Mas com o passar dos dias, ao adquirirmos mais experiência e maior domínio da teoria, conseguimos vencer nossa atitude julgadora e implementar um cuidado em que o “saber” do pai e da mulher parturiente era valorizado.

Para que isso fosse possível, inicialmente abrimos mão daquilo que achávamos correto, a fim de conhecer a cultura de cada indivíduo envolvido, para só depois manter, adaptar ou repadronizar o cuidado, conforme a teoria por nós utilizada, de maneira a interferir o mínimo possível.

Percebemos que os pais, assim como as mulheres parturientes, necessitam de informações acerca do processo de nascimento, para que se sintam seguros e seus medos sejam diminuídos. Seus sentimentos devem ser conhecidos e eles devem receber atenção e cuidados para que então possam implementar cuidados à sua companheira, transmitindo-lhe segurança e tranquilidade. Suas expressões, seus gestos e suas atitudes devem ser observados e refletidos, para que se preste uma assistência adequada.

Este estudo ajudou-nos a conhecer a importância da enfermeira em implementar cuidados ao pai, realizando um cuidado que valorize a cultura do indivíduo, pois quando o

cuidado lhe é imposto, ele perde a liberdade de se expressar criando uma relação de poder na qual “o profissional, que tem conhecimento, manda, e o paciente, passivo, obedece”.

Conseguimos estabelecer com cada pai e mulher parturiente uma relação de confiança, transmitindo-lhes segurança. Assim, foi possível introduzir o pai nos cuidados prestados à mulher parturiente de maneira satisfatória para ambos e também encorajá-lo a participar do nascimento de seu filho.

Todos os pais, após o parto, relataram muita alegria em ter contribuído de alguma maneira para que os desconfortos do trabalho de parto fossem diminuídos e por terem presenciado os primeiros minutos de vida do bebê. Isso nos levou a formar definitivamente nossa opinião a respeito dos benefícios da presença do pai no centro obstétrico: o pai pode contribuir em todos os aspectos, psicológicos e fisiológicos, com a evolução do trabalho de parto de sua companheira, transmitindo-lhe apoio emocional e segurança devido a sua presença confortante.

Durante nossa prática assistencial no Centro Obstétrico, algumas facilidades foram encontradas, como o bom relacionamento com a equipe de enfermagem e com as nossas supervisoras, a disponibilidade dos profissionais em auxiliar nos procedimentos, o fato de a instituição ser um hospital-escola que tem como filosofia a humanização da assistência ao nascimento que permite a presença do pai ou outro acompanhante durante toda a internação da mulher na maternidade, a aceitação de todos os pais e mulheres parturientes para a implementação dos cuidados e a oportunidade de aprender a realizar vários procedimentos.

Algumas dificuldades surgiram durante a prática como pequena demanda de pais em alguns períodos de estágio, impossibilidade de acompanharmos os partos de todas as mulheres parturientes às quais implementamos cuidados, devido à incompatibilidade do horário de estágio com o horário do nascimento, pouca receptividade por parte de alguns médicos e acadêmicos de medicina.



Concluimos então que o pai se envolve mais com o processo de nascimento quando estimulado e quando recebe atenção por parte dos profissionais de saúde. Isto o leva a reconhecer seu papel e encontrar maneiras de ajudar sua companheira durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.

Tendo em vista que é um tema recente, para nós foi uma experiência importante realizar o projeto nessa área, pois, além de termos aprofundado nossos conhecimentos em enfermagem obstétrica e neonatal e principalmente sobre a participação do pai no processo de nascimento, contribuimos para que pessoas que desconhecem o tema abordado tomem conhecimento do mesmo.

Sugerimos que os profissionais de saúde reflitam sobre a importância da presença do pai no centro obstétrico, conhecendo e refletindo sobre seus sentimentos e crenças, oferecendo conforto e tranquilidade e assim implementem cuidados em conjunto com ele, valorizando o “saber” do pai e da mulher parturiente, de forma a não “impor” o cuidado. Assim, torna-se possível mantê-lo próximo de sua companheira e envolvido com o processo de nascimento de seu filho.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Aldira S. G. T.; SOUZA, Ivis E. O. **O pai a espera do parto**. 1ª ed. Rio de Janeiro: ed. do autor, setembro de 1999. 160 p.

ALVES, Magda. **Como escrever teses e monografias: Um roteiro passo a passo**. Rio de Janeiro: Campus, 2003. 120 p.

AMIGAS DO PARTO. **Parto de cócoras**. Disponível em: [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br). Acesso em: 22 de abril de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área técnica de saúde da mulher: Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

BRASIL, Organização Mundial de Saúde. **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: Um guia prático**. Organização Mundial de Saúde, 1996. 54p.

BOEHS, Astrid Eggert. **Prática de cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. Florianópolis, 1990. Dissertação de mestrado do Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade**. In: OLIVIRA, Maria Emília de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *A Melodia da Humanização: Reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 61-71.

\_\_\_\_\_. **Períodos clínicos do parto e assistência de enfermagem**. In: OLIVIRA, Maria Emília de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos fundamentais*. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p.35-64.

\_\_\_\_\_. **Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização**. In: OLIVIRA, Maria Emília de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *A Melodia da Humanização: Reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 23-34.

\_\_\_\_\_. **Sinais e sintomas do trabalho de parto.** In: OLIVEIRA, Maria Emilia de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos fundamentais*. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p.23-34.

BUSHONG, Carolyn. **Tenha de volta o homem por quem você se apaixonou.** São Paulo: Edicta, 2003. 286 p.

CIANCIARULLO, Tâmara I. et al. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal.** 1ª ed. São Paulo: Ícone, 1998.

COLLAÇO, Vania Sorgatto. **Parto Vertical: Vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir.** Florianópolis: Cidade Futura, 2002. 263 p.

COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA DO PARANÁ. **Vigiar para proteger.** Órgão de divulgação do Comitê estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. Volume 1. 1ª ed. Out/Nov/Dez/2003.

DALE, C., OLIVEIRA, C.A., CAMPOS, M.B.B. **O pai na sala de parto ajuda ou pode atrapalhar?** Disponível em: [www2.uol.com.br/topbaby](http://www2.uol.com.br/topbaby). Acesso em março de 2004.

DALE, C. Só se ele tiver vontade mesmo. In: DALE, C., OLIVEIRA, C.A., CAMPOS, M.B.B. **O pai na sala de parto ajuda ou pode atrapalhar?** Disponível em: [www2.uol.com.br/topbaby](http://www2.uol.com.br/topbaby). Acesso em março de 2004.

DELASCIO, Domingos; GUARIENTO, Antônio. **Obstetrícia normal Briquet.** 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 1981.

DEUCHER, Carolina V.; SOUZA, Francine A. de; RASSELE, Tatiana. **Estimulando o autocuidado da mulher/acompanhante durante o processo de parir baseado na teoria de Dorothea Orem.** Florianópolis: UFSC, 2003. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

DINIZ, Simone Grilo. **Humanização da assistência ao Parto: Um diálogo.** Versão da Tese de doutorado "Entre a técnica e os direitos humanos - possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto". Universidade de São Paulo, 2001. Disponível em: [www.mulheres.org/parto](http://www.mulheres.org/parto). Acesso em maio de 2004.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. **Da medicação do parto ao movimento pela humanização**. In: Humanização do parto. Rede Feminista de Saúde. São Paulo, 2002. 39 p.

DUNCAN, Bruce B. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIUGLIANI, C et al. **Uso de fármacos e outras exposições na gestação**. In: DUNCAN, Bruce B. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOLLOP, Thomas. **Nos braços do pai**. Isto é, São Paulo, n. 1639, p. 44-46, fev. 2001.

GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. **Cesariana**. In: OLIVEIRA, Maria Emilia de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos fundamentais**. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p.241-250.

\_\_\_\_\_. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger**. 2002. 117 f. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. 1993. 232 f. Tese de Doutorado em Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p.

HENTSCHEL, Flavia Beatriz Lange; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de; ESPIRITO SANTO, Lilian Cordova do. **Sentimentos e percepções do pai quanto a sua presença na sala de parto**. Revista Gaúcha de enfermagem, Porto Alegre, vol.14, n.1, Jan.1993, P.34-39.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. **Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review)**. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

HOTIMSKY, Sonia N.; RATTNER, Daphne. **O direito a acompanhante no parto.** In: Humanização da Saúde. Boletim do Instituto de Saúde. Número 30. São Paulo: Agosto de 2003. p. 26.

JUNIOR, Renato Passini. Parto: Fenômenos Maternos. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica.** 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 164-171.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. **Pais/bebê: A formação do apego.** Porto Alegre: Artes médicas, 1992. 329 p.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H.; KLAUS, Thyllis H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: Armed, 2000. 186 p.

KNOBEL, Roxana. Artigo em execução sobre conceito de saúde no trabalho de parto e parto. Florianópolis, 2004.

LARGURA, Marília. **A Assistência ao Parto no Brasil.** 2ª edição. São Paulo: 2000. Disponível em [www.partohumanizado.com.br](http://www.partohumanizado.com.br). Acesso em maio de 2004.

**Lei do Acompanhante.** Disponível em [www.ideli.com.br](http://www.ideli.com.br). Acesso em março de 2004.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez.** 2ª edição. Petrópolis-RJ: Vozes Ltda, 1976.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez.** 6ª edição. Petrópolis-RJ: Vozes Ltda, 1981.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez.** Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

\_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez.** 14ª edição. São Paulo: Saraiva, 1997. 230 p.

MALDONADO, Maria Tereza; DICKSTEIN, Julio; NAHOUM, Jean Claude. **Nós estamos grávidos.** 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 208 p.

MATER NATURA. **Parto de cócoras.** Disponível em: [www.maternatura.med.br](http://www.maternatura.med.br). Acesso em: 24 de abril de 2004.

MINATI, Fabiana, et al. **O processo de parir: Uma experiência assistencial do cuidado de enfermagem, baseada na teoria transcultural de Madeleine Leininger**. Trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1997. 243 p.

MONTGOMERY, Malcolm. **O novo pai**. 2ª ed. São Paulo: Editora Gente, 1998. 152 p.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem: Abordagem para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, 1994. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

\_\_\_\_\_. **Nascimento como um rito de passagem: Abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997. 346 p.

MONTICELLI, Marisa; OLIVEIRA, Maria Emília de. **Assistência de enfermagem ao recém-nascido no centro obstétrico**. In: OLIVEIRA, Maria Emilia de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos fundamentais*. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p.70-88.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Artes Médicas, 1995.

\_\_\_\_\_. **Obstetrícia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000. 1362 p.

ODENT, Michel. **A cientificação do Amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000. 125 p.

\_\_\_\_\_. **Gênese do homem ecológico**. São Paulo: Tao, 1982. 161 p.

OLIVEIRA, Maria Emilia de; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. *Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos fundamentais*. 2ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. 320 p.

OLIVEIRA, Maria Emília de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **A Melodia da Humanização: Reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p.

PEDROSO, Fátima G.P.; MENDES, Luciana. **O acompanhante no processo de nascimento: Um breve olhar na literatura**. Monografia apresentada ao curso de

especialização em Enfermagem Obstétrica. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. 61 p.

RAPHAEL-LEF, Joan. **Gravidez: A história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212 p.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

\_\_\_\_\_. **Obstetrícia Fundamental**. 18ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIBEIRO, Janaina M; CAMPOS, Olindina R. P. de. **Proposta de Assistência de Enfermagem à Parturiente, baseada na Teoria de Imógene King**. Florianópolis: UFSC, 1996. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

ROBERTSON, A. **The pain of labour – a feminist issue**. Birth Int. Jan 2001.  
<http://www.acegraphics.com.au/resource/papers/painlabour.html>

ROCHA, Marisa Telles de Menezes; BELTRÃO, Renata. **Contribuição da Doula**. In: Humanização da Saúde. Boletim do Instituto de Saúde. Número 30. São Paulo: Agosto de 2003. p. 27.

SABATINO, Hugo. Fatores do parto: Contração Uterina. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 141-152.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Maternidade do Hospital Universitário: Humanizando a Assistência**. In: Humanização da Saúde. Boletim do Instituto de Saúde. Número 30. São Paulo: Agosto de 2003. p. 28-29.

SANTOS, M.R.A., et al. **Teses, dissertações, monografias e trabalhos acadêmicos**. Universidade Federal do Paraná, Sistema de bibliotecas. Curitiba: Editora da UFPR, 2000. 42 p.

SANTOS, Vânia Sorgatto Collaço dos. **Parto Vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir**. Dissertação de Mestrado em assistência de enfermagem do adulto. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2000.

SAÚDE NA INTERNET. **Operação cesariana**. Disponível em: [www.saudenainternet.com.br](http://www.saudenainternet.com.br). Acessado em: 25 de abril de 2004.

SCHEUER, Carla; MADRUGA, Gilcione A; VAZ, Sabrina I.; FREYGANG, Tatiana C. **Uma abordagem cultural no processo de parir**. Trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2004. 258 p.

SILVA, A.; MELO, C.; PEREIRA, F.; CUNHA, F. **Valores e Crenças no puerpério: Uma abordagem cultural com puérperas, recém nascido e família**. Trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2004.

—SOUZA, Solange Lopes de. **O papel do pai**. In: TEDESCO, José; QUAYLE, Julieta; ZUGAIB, Marcelo. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 62-70.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Saúde da mulher brasileira**. In: CIANCIARULLO, Tâmara I. et al. *Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal*. 1ª ed. São Paulo: Ícone, 1998.

TARANTINO, M. **Nos braços do pai**. Isto é, São Paulo, n. 1639, p. 44-46, fev. 2001.

TEDESCO, José; QUAYLE, Julieta; ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. 323 p.

VIDA-ON. **Quando se vai sentir pai?**. Disponível em [www.vida-on.com](http://www.vida-on.com). Acesso em 05 de junho de 2004.

WHALEY, L.F.; WONG D.L. **Enfermagem pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva de Enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.



# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu,.....estou ciente e esclarecido da atividade desenvolvida pelas acadêmicas da última fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Cassiane de C. Rossi e Priscila Andrade que tem como objetivo “conhecer como o pai vivencia o processo de nascimento” e concordo em participar deste estudo de forma livre e espontânea, tendo garantia de anonimato e podendo desistir a qualquer momento. Autorizo a utilização de minhas informações e o uso de máquina fotográfica e divulgação das fotos no trabalho por elas desenvolvido.

Florianópolis, ...../...../2004.

.....  
Assinatura do entrevistado

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PAI NO GRUPO DE CASAIS GRÁVIDOS: CONHECENDO O PAI.

Data:    /    /2004.

Nome.....Idade.....

Naturalidade.....Procedência.....

Profissão.....Escolaridade.....

Estado Civil .....Religião.....Nº de filhos.....

Idade da gestante:..... A gravidez foi planejada?.....

A gestante faz pré-natal? ☐ SIM      ☐ NÃO Onde e quantas consultas?.....

Você já participou de parto? ☐ SIM ☐ NÃO Quantos?.....

Você já havia participado de grupo de preparação para o parto (Grupo de casais grávidos)?

☐ SIM      ☐ NÃO Onde?.....

O que você considera importante que tenha aprendido no grupo de casais  
grávidos?.....

Você e a sua companheira residem na mesma casa? ☐ SIM      ☐ NÃO

Quantas pessoas (incluindo você) residem em sua casa? Quem são elas (não precisa citar  
nomes)?.....

.....

1- Para você, o que é família?

.....

2- O que você entende por “pai” ?

.....

3- Descreva seus sentimentos durante a gestação de sua companheira. Quais suas dúvidas?

.....

.....

.....

4- Como você está se sentindo sendo pai (pela 1ª vez ou novamente)?

.....

.....

.....

5- O que você aprendeu de mais importante no grupo de gestantes e casais grávidos?

.....

.....

.....

6- Como você vê a participação do pai na gestação e parto?"

.....

.....

.....

7- Você participa da gestação de sua companheira? Como? (Se não participa, diga porque)

.....

.....

.....

8- Quais seus sentimentos, medos e crenças em relação à gestação e parto?

.....

.....

.....

9- Você e sua companheira mudaram algum hábito ou atitude depois que souberam da gravidez? Quais? Por que?

.....

.....

10- Gostaria de participar do nascimento de seu filho? Por que?

.....

.....

.....

.....

11 a) Qual seria o melhor tipo e posição de parto para sua companheira?

☐ Parto normal horizontal (deitada)    ☐ Parto normal vertical (de cócoras)    ☐ Cesariana

b) Por que?

.....

.....

.....

12- O que você acha que sua companheira pode fazer e o que ela não pode fazer durante a gestação?

.....

.....

.....

.....

13- O que você acha que sua companheira pode fazer e o que ela não pode fazer no dia do parto e depois do parto?

.....

.....

.....

.....

.....

**Obrigada por contribuir com nosso estudo!!!!**

**Acadêmicas da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem –UFSC.**

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PAI NO CENTRO OBSTÉTRICO: CONHECENDO O PAI.

Data:    /    /2004.

Data da internação:    /    /2004. Hora da internação:

Nome.....Idade.....

Naturalidade.....Procedência.....

Profissão.....Escolaridade.....

Estado Civil .....Religião.....Nº de filhos.....

Idade da mulher parturiente:.....A gravidez foi planejada?.....

A parturiente fez pré-natal? ☐ SIM    ☐ NÃO Onde e quantas consultas?.....

Já participou de parto? ☐ SIM    ☐ NÃO Quantos?.....

Participou de grupo de preparação para o parto (Grupo de casais)?

☐ SIM    ☐ NÃO Onde?.....

(Responda apenas se a resposta acima for SIM) O que você considera importante que aprendeu no grupo de casais ?

.....  
.....  
.....

Você e a sua companheira residem na mesma casa? ☐ SIM    ☐ NÃO

Quantas pessoas (incluindo você) residem em sua casa? Quem são elas (não precisa citar nomes)?.....

.....  
.....

### QUESTIONÁRIO PARA O PRÉ-PARTO:

1- Para você, o que é família?

.....  
.....

2- O que você entende por “pai”?

.....

.....

.....

3- O que você está sentindo sendo pai (pela 1ª vez ou novamente)?

.....

.....

.....

5- Como você vê a participação do pai na gestação ? Descreva seus sentimentos durante a gestação.

.....

.....

.....

6- Você participou da gestação de sua companheira? Como? ( Se não participou diga porque)

.....

.....

.....

7- Como você vê a participação do pai no parto?

.....

.....

.....

8- Quais seus sentimentos, crenças e medos em relação à gestação e parto?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9- Por que vieram para a maternidade? Por que você está acompanhando sua companheira na maternidade?

.....

.....

.....

10- Você e sua companheira mudaram algum hábito ou crença depois que souberam da gravidez? Quais? Por que?

.....

.....

.....

11- Gostaria de assistir o nascimento de seu filho? Por que?

.....

.....

.....

12a) Qual seria o melhor tipo e posição de parto para sua companheira?

- ☐ Parto normal horizontal (deitada)      ☐ Parto normal vertical (de cócoras)      ☐ Cesariana

b) Por que?

.....

.....

13- O que você acha que sua companheira pode fazer e o que ela não pode fazer no dia do parto e depois do parto?

.....

.....

.....

.....

.....



14- (Só para os pais que participaram de grupo de casais grávidos) De que maneira você vê a gestação e parto depois de participar do grupo de casais? Como você vê suas crenças, hábitos e valores após participar do grupo? Venceu algum medo ? Conte como era antes e como é agora?

.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONÁRIO PARA O PÓS-PARTO:

1- O que você achou de participar do trabalho de parto e do nascimento de seu filho?

.....

.....

.....

.....

.....

2- Como você percebe os conceitos de PAI e FAMÍLIA após assistir o parto?

.....

.....

.....

.....

3- Seus medos em relação a gestação e parto foram vencidos ? Quais e Por que?

.....

.....

.....

.....

.....

4- Faça um breve comentário sobre seus sentimentos após toda essa experiência vivenciada no Centro Obstétrico.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5- (Só para o pai que participou de grupo de casais grávidos) Em que você acha que os encontros do grupo de casais grávidos puderam contribuir com a sua participação no trabalho de parto e parto?

.....

.....

.....

.....

.....

**Obrigada por contribuir com nosso estudo!!!!**  
**Acadêmicas da 8ª fase do curso de Graduação em Enfermagem –UFSC.**

# ANEXOS

## ANEXO A

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 195, DE 2003

**Concede às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* será indicado pela parturiente.

§ 2º Em partos considerados de alto risco a presença do acompanhante poderá ser vedada a critério do médico assistente.

§ 3º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos, de que trata este artigo, serão regulamentados pelo Ministério da Saúde.

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor a partir de sua publicação.

### **JUSTIFICAÇÃO**

Nos termos do Art. 238 do Regimento Interno, a justificativa desta proposição será proferida oralmente.

OBS: A justificativa que segue abaixo, foi produzida oralmente:

O parto representa um momento capital na vida da mulher. As experiências vividas durante esse período marcam-lhe profundamente. Por isso há uma grande preocupação, por parte dos organismos nacionais e internacionais que tratam do assunto, em tornar esse acontecimento o mais humano e natural possível.

A medicalização do parto, fenômeno intensificado ao longo do século passado, tornou-o um evento excessivamente frio e técnico, em que a mulher é separada de seus amigos e parentes e submetida a uma situação de profundo estresse emocional. Além disso, o atendimento pela equipe de saúde é freqüentemente impessoal e não leva em conta o contexto psicossocial de cada parturiente.

Com o intuito de reverter essa tendência, o Ministério da Saúde lançou, em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem entre os seus princípios o de que “toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério”, e que “toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura”.

Nesse sentido, consideramos essencial a garantia de suporte emocional às parturientes em um momento tão especial de suas vidas. A presença de um acompanhante, de escolha da mulher, durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto, contribui decisivamente para aumentar o conforto físico e psicológico da gestante.

A presença de um acompanhante na sala de parto já é usual em muitos países, particularmente os industrializados. No Brasil, a adoção dessa prática é recente e ainda bastante limitada. Em todas as situações, a experiência tem sido muito bem-sucedida e plenamente aceita pelas parturientes e por seus familiares.

A Maternidade do Hospital Universitário de Santa Catarina foi uma das pioneiras, na rede assistencial pública brasileira, em permitir a presença de acompanhante durante o parto. O sucesso da iniciativa foi notório e inspirou a apresentação, em 2001, de projeto de lei estadual, de minha autoria, convertido em lei, que ampliou essa prática para todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Santa Catarina.

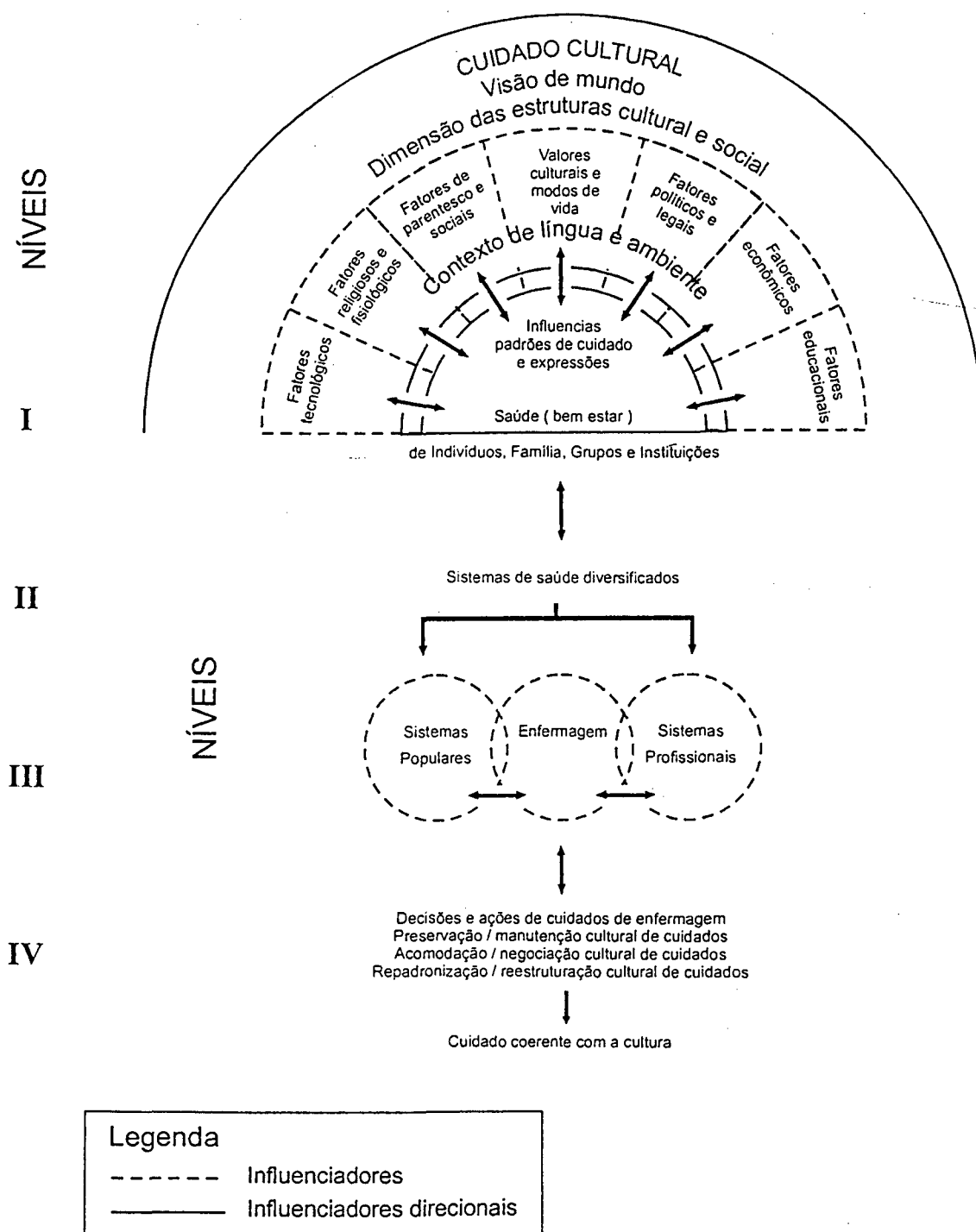
A presente proposição legislativa tem por objetivo estender essa conquista a todas as gestantes assistidas pelo SUS no País.

Por todos os argumentos apresentados, submetemos o presente projeto de lei à elevada apreciação do Congresso Nacional. Em razão da relevância da matéria para a melhoria do atendimento à saúde da mulher, esperamos contar com o apoio de nossos Pares.

Sala das Sessões,  
Senadora IDELI SALVATTI

Fonte: [www.ideli.com.br](http://www.ideli.com.br)

# MODELO SOL NASCENTE



Fonte: Leininger apud George, 2000. P. 301

## **ANEXO C**

### **FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU - UFSC**

Em se prestando assistência, se ensina;

É direito de toda mulher -RN- família ,no processo de gravidez ,parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;

A atenção à saúde da mulher visa o ciclo gravídico-puerperal ,considerando a gravidez como processo e não como um evento;

Na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério ,se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;

O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;

A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher –RN- família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;

As atividades de ensino, pesquisa e extensão, realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe RN família, devem refletir atitudes a respeito ao ser humano em benefício de uma melhor assistência;

A equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/ acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;

Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuados específicos, para prestação de assistência a quem tem direito a mãe, o RN, e a família;

A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do feto;

O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com elas se relacionem;

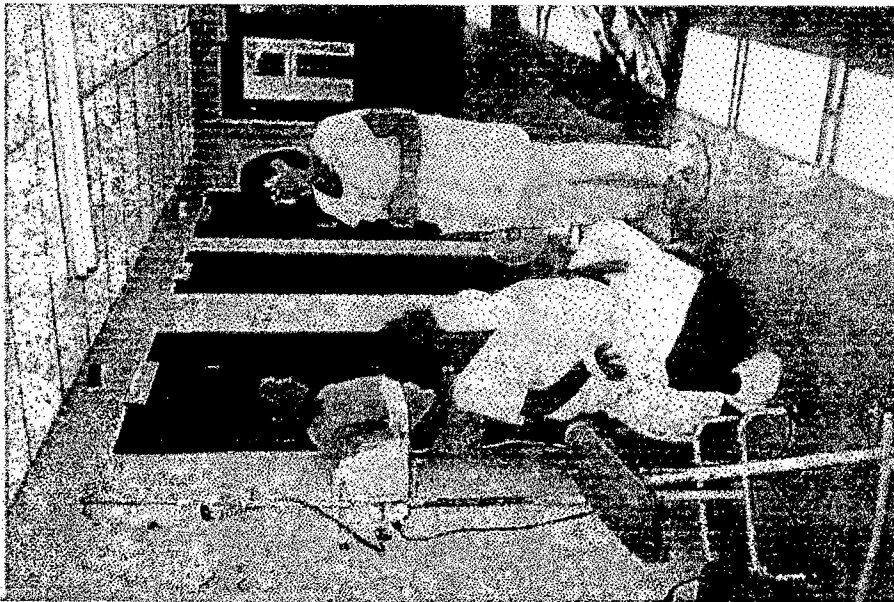
A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

Fonte: Regimento Interno do Hospital Universitário.

## **ANEXO D**

### **Bola e Cavalinho**





## **ANEXO E**

**Formulários do Centro Obstétrico do Hospital Universitário – UFSC**

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO:

CIDADE:

TEL.:

IDADE  
anos

menor de 15

maior de 35

ALB. BET.

sim

não

instrução

nenh.

sec.

anos aprov.

ESTADO CIVIL

união

casada

estável

solteira

outro

ANTECEDENTES

PESSOAIS

FAMILIARES

diabetes

TBC pulmonar

hipertensão

gemelares

outros

TBC

diabetes

hipertensão crônica

cirurgia pélvica-uterina

infertilidade

outros

OBSTÉTRICOS

gestas

abortos

vaginais

nascidos VIVOS

nascidos mortos

vivem

mortos 1º sem.

depois 1º sem.

final da gestação anterior

mês

ano

RN com maior peso

g

GESTAÇÃO ATUAL

PESO ANTERIOR

ALTURA (cm)

DUM

DPP

DIA

MÊS

ANO

DÚVIDAS

ANTITETÂNICA atual

1º

2º/R

GRUPO

FUMA

HOSPITALIZAÇÃO

ENCAMINHADA

Lugar

EX. CLÍNICO

EX. MAMAS.

EX. ODONT.

PELVIS

PAPANIC.

COLPOSCOPIA

CERVIX

VDRL

Hb

data da consulta

semana de amenoréia

peso(Kg)

pressão arterial max/min(mm Hg)

alt. uterina pubis fundo

F.C.F. (bat./min)

apresent. Cef./Pelv./Tr

mov. fetal

PARTO

ABORTO

CONSULTA PRÉ-NATAL

PROCEDÊNCIA

INTERNAÇÃO

IDADE GEST. sem.

APRES.

TAMANHO FETAL adequado

INÍCIO esp.

MEMBRANAS

data da ruptura

TRABALHO DE PARTO

hora

pressão arterial max/min(mm Hg)

contrações freq. / 10 min.

dur. seg.

altura

var. posic.

F.C.F. (batimentos / minuto)

F.C. mat.

dilat. cerv.

mecônio

PATOLOGIAS

nenhuma

ges. múltipla

hipert. prévia

pré-eclampsia

eclampsia

cardiopatia

diabetes

infec. urinária

ordem

outras infec.

parasitose

R.C.I.U.

ameaça parto prem.

desprop. cef. pelv.

hemorragia 1º trim.

hemorragia 2º trim.

hemorragia 3º trim.

anemia crônica

rupt. pre. memb.

infec. puerp.

hem. puerp.

outras

TERMINAÇÃO

espont.

fórceps

cesárea

outra

hora

min.

mês

ano

NÍVEL DE ATENÇÃO

3º

2º

1º

DOMIC. OUTRO

Nº H.C. RN

INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

ATENDEU

médico

enf./obst.

auxil.

estud./empir.

OUTRO

NOME RN

PARTO

NEONATO

NOME

MORTE intraut.

EPISIOTOMIA

DEQUITAÇÃO espont.

PLACENTA compl.

LACERAÇÃO

MEDICAÇÃO NO PARTO

nenhuma

anest. reg.

anest. geral

analgés. tranquí.

ocitoc.

antibiót.

outra

RECÉM NASCIDO

SEXO

PESO AO NASCER

menor 2500g

ALTURA

PERC. CEF.

IDADE POR EX. FÍSICO

PESO I.G.

APGAR

1º

minuto

5º

REANIM. RESPIR.

VDRL

PUERPÉRIO

hora ou dias pós-parto ou aborto

temperatura

pulso(bat./min.)

pressão arterial max/min(mm Hg)

invol. uterina

características de lóquios

EXAME FÍSICO

PATOLOGIAS

nenhuma

memb. hialina

sind. aspirat.

apnéia

outras SDR

hemorragia

hiperbilirrub

outras hematol.

infecções

defeitos cong.

neuroológicas

metab. nutric.

ALOJ. CONJUNTO

HOSPITALIZADO

ALTA R.N.

hora

mês

ano

sadio

encaminhado

com patol.

óbito

ALIMENTO

peito

misto

artificial

PESO NA ALTURA

g

ALTA MATERNA

dia

mês

ano

sadia

encaminhada

com patol.

óbito

CONTRACEPÇÃO

camisinha

D.I.U.

pílula

ligadura tubária

ritmo

outro

Responsável

## LISTAS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS DO HCP

## PATOLOGIAS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Os números entre parênteses correspondem à Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), OPS/OMS, 1992

## CÓD.

50. GESTAÇÃO MÚLTIPLA	030
51. HIPERTENSÃO PRÉVIA	010
01. Hipertensão prévia essencial complicando a GPP	010.0
02. Hipertensão prévia secundária complicando a GPP	010.4
52. PRÉ-ECLÂMPSIA	013 e 014
04. Hipertensão transitória da gravidez	016
05. Pré-eclâmpsia leve	013
06. Pré-eclâmpsia severa e moderada	014
53. Hipertensão prévia com proteinúria	011
54. ECLÂMPSIA	015
55. CARDIOPATIA	Z86.7
56. DIABETES	024
57. Diabetes melitus insulino-dependente prévia	024.0
58. Diabetes melitus não insulino-dependente prévia	024.1
59. Diabetes melitus iniciada na gravidez	024.4
07. Tolerância anormal a glicose	R73.0
60. INFECÇÃO URINÁRIA	0 23.0-023.4
08. Bacteriúria assintomática na gravidez	R82.7
61. OUTRAS INFECÇÕES	098, B50-B54, A60
62. Infecções do trato genital na gravidez	098.1
09. Sífilis complicando a GPP	098.2
10. Gonorréia complicando a GPP	B50-B54
11. Malária	A60
12. Infecção herpética anogenital (herpes simplex)	098.4
63. Hepatite a vírus	098.0
64. Tuberculose complicando a GPP	098.8
65. PARASITOSE COMPLICANDO A GPP	P05
66. RETARDO DO CRESCIMENTO INTRAUTERINO	060
67. AMEAÇA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	034.3
13. Incompetência do canal cervical	064, 065, 069
68. DESPROPORÇÃO CEFALOPÉLVICA	064
14. Obstrução causada por má posição do feto	065
15. Obstrução causada por bacia óssea	066
16. Desproporção causada pelo feto	020
HEMORRAGIA DO PRIMEIRO TRIMESTRE	001
17. Mola hidatiforme	002.1, 003
18. Aborto (retido / espontâneo)	000
19. Gravidez ectópica	006, 004
20. Aborto induzido e terapêutico	020.0
21. Ameaça de aborto	044.1
70. HEMORRAGIA DO SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES	045
22. Hemorragia por placenta prévia	046.0
23. Descolamento prematuro de placenta	071.0-071.1
24. Hemorragia antiparto associada com coagulopatias	071.3
25. Ruptura do útero	099.0
26. Laceração do colo do útero	D50
71. ANEMIA	042
27. Anemia ferropriva	041.1
72. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	085-086
28. Infecção da cavidade amniótica	085
73. INFECÇÃO PUERPERAL	091
29. Sepsis	072
30. Infecção da mama e do mamilo associadas com o parto	072.2, 072.2
74. HEMORRAGIA PÓS-PARTO	072.1
31. Retenção placentária	070.0, 070.1
32. Atonia	070.2, 070.3
33. Laceração do períneo do 1º e 2º grau	resto de 000-099
34. Laceração do períneo do 3º e 4º grau	044.0
75. OUTRAS PATOLOGIAS	021
35. Placenta prévia sem hemorragia	099.8 (condições em N00-N39)
36. Hiperêmese	F10-F19
37. Doença renal sem menção de hipertensão	068
38. Dependência de drogas	040
39. Sofrimento fetal	041.0
40. Hidrânio	069
41. Oligoâmnio (sem menção de ruptura de membranas)	074
42. Complicações do cordão umbilical	088
43. Complicações de administração de anestésicos ou de outros sedativos, no trabalho de parto	090.0
44. Embolia pulmonar obstétrica	090.1
45. Deiscência de incisão de cesárea	B20-B24
46. Deiscência de sutura perineal	R75
47. AIDS	C53
76. HIV positivo	C50
48. Câncer do cérvix	
49. Câncer de mama	
OUTRAS SDR	

## PATOLOGIAS DO RECÉM-NASCIDO

## CÓD.

50. DOENÇAS DE MEMBRANA HIALINA	P22.0
51. SÍNDROMES ASPIRATÓRIAS	P24
52. APNÉIAS POR PREMATURIDADE	P28.3 P28.4
53. OUTRAS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22.1, P27
01. Ducto arterioso persistente	Q25.0
02. Persistência da circulação pulmonar fetal	P29.3
03. Pneumonia congênita	P23
04. Enfisema intersticial e pneumotórax	P25
05. Taquipnéia transitória	P22.1
06. Doença respiratória crônica originada no período perinatal	P27
54. HEMORRAGIAS (EXCLUINDO INTRACRANIANAS P52)	P50-P55
07. Doença hemorrágica do recém-nascido	P53
55. Hemorragia pulmonar originada no período perinatal	P26
56. Hemorragia umbilical (exclui as onfalites com hemorragia)	P51
57. HIPERBILIRRUBINEMIAS	P55-P59
08. Doenças hemolíticas devida a isoimunização Rh	P55.0
09. Doença hemolíticas devida a isoimunização Abo	P55.1
10. Ictericia neonatal associada a parto prematuro	P55.0
58. OUTRAS HEMATOLÓGICAS (EXCLUI P55.0, P55.1, P59, P52)	P50-P61
11. Policitemia neonatal	P61.1
12. Anemia congênita	P61.3
13. Demais alterações hematológicas	resto de P50-P61
48.0 INFECÇÕES	(P35-P39, A09, G00, A54.3)
14. Diaréia	A09
15. Meningites	G00
16. Onfalite	P38
17. Conjuntivite	P39.1 A54.3
59. Infecções da pele do recém-nascido	P39.4, L00
18. Septicemia	P36
19. Outras infecções específicas do período perinatal	resto de P35-P39
20. Enterocolite necrotizante	P77
49. Tétano neonatal	A33
60. Sífilis congênita	A50
61. Doenças congênicas virais	P35
62. ANOMALIAS CONGÊNITAS	Q00-Q99
21. Espinha bífida com e sem hidrocefalia	Q05, Q07.0
22. Hidrocefalia congênita	Q03
23. Outras anomalias congênicas do SNC	resto de Q00-Q07
24. Do sistema respiratório	Q30-Q34
25. Do sistema circulatório	Q20-Q28
26. Fissura da abóboda palatina e lábio leporino	Q35-Q37
27. Do sistema digestivo	Q39-Q45
28. Dos órgãos genitais	Q50-Q56
29. Do sistema urinário	Q60-Q64
30. Luxação congênita do quadril	Q65
31. Anomalias cromossômicas	Q90-Q99
32. Síndromes de malformação congênita afetando múltiplos sistemas	Q87
63. NEUROLÓGICA (EXCLUI ANOMALIAS CONGÊNITAS)	
33. Hidrocefalia adquirida	G91
34. Leucomalácia pericentricular e cerebral	P1.1, PG1.2
35. Toco-traumatismo com lesão intracraniana do SNC e do sistema nervoso periférico	P10, P11, P14
36. Hemorragia intracraniana não traumática	P52
64. METABÓLICA / NUTRICIONAL	P70-P78
43. Síndrome do "Filho de mãe diabética"	P70.0, P70.1
44. Hipocalcemia / hipomagnesemia	P071
45. Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46. Outras alterações perinatais do sistema digestivo	resto de P75-P78
47. Problemas com a alimentação	P92
66. OUTRAS	resto de P00-P96, Q99
39. HIV positivo	R75
40. Retinopatia da prematuridade	H35
41. Hérnia inguinal	K40
42. Insuficiência renal congênita	P96.0
67. Hipotensão / choque	R57
65. Síndrome de trauma por frio	P80.0 (exclui hipotermia leve P80.8)

## INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

CÓD.	CÓD.
01. Cesária anterior	17. Placenta prévia
02. Sofrimento fetal agudo	18. Deslocamento de placenta normo-inserida
03. Desproporção feto-pélvica	19. Ruptura uterina
04. Alteração da contratilidade	20. Toxemia (gestose)
05. Parto prolongado	21. Herpes genital
06. Fracasso de indução	22. Condilomatose genital
07. Descento retido da apresentação	23. Outra doença materna
08. Gestação gemelar	24. Natimorto
09. Retardo do crescimento uterino	25. Esgotamento materno
10. Pré-termo	26. Outra
11. Pós-termo	
12. Apresentação podálica	
13. Variedade posteriores	
14. Situação transversa	
15. Ruptura prematura de membranas	
16. Suspeita ou certeza de infecção ovular	

## MEDICAÇÃO NO PARTO

CÓD.	CÓD.
01. Lidocaína ou similares	17. Antagonistas do cálcio
02. Aminas simpaticomiméticas	18. Sulfato de Magnésio
03. Inalantes (pentano-flurano-óx.nitroso)	19. Hidrazina
04. Barbitúricos	20. Beta bloqueadores
05. Bloqueadores musculares	21. Outros antihipertensivos
06. Diazepóxido	22. Sangue e/ou hemoderivados
07. Meperidina	23. Heparina
08. Antiespasmódicos	24. Corticóides
09. Ocitocina	25. Cardiotônicos
10. Prostaglandinas	26. Diuréticos
11. Betalactâmicos (penicilinas-cefalosporinas)	27. Aminofilina
12. Aminoglicosídeos (gentamicinas-amicacina)	28. Insulina
13. Eritracina	29. Difenhidantolína
14. Metronidazol	30. Outra
15. Beta miméticos	
16. Antiprostaglandinas	



# Histórico de Enfermagem

## Identificação do Paciente

Nome:	Cor:	Est. Civil:	Religião:	Naturalidade:
Procedência:	Profissão:		Escolaridade:	
Idade:	Estatura:	Data/Hora da Internação:		
Condições da Paciente na Internação: Período expulsivo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>				

## Percepções e/ou Expectativas

Motivo da Internação:	TP <input type="checkbox"/>	Indução <input type="checkbox"/>	Inibição <input type="checkbox"/>	Alto Risco <input type="checkbox"/>	por: <input type="checkbox"/>
Intervenção <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>					

## Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas

### Necessidades Psicobiológicas

Oxigenação	
Respiratória: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tabagismo na gravidez: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
mrm	

### Hidratação e Alimentação

Horário da última ingesta/Tipo de alimento:
---

### Eliminações

Sistêmica: Infecção urinária <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Intestinal: evacuou antes de internar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Dificuldades <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> qual: <input type="checkbox"/>	
Perdas Vaginais	tampão mucoso <input type="checkbox"/> sangramentos <input type="checkbox"/> leucorréia <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>
	Bolsa rota <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/> Data/Hora: <input type="checkbox"/>
	Características: claro <input type="checkbox"/> claro com grumos <input type="checkbox"/> achocolatado <input type="checkbox"/>
	líquido amniótico: meconial <input type="checkbox"/> fluido <input type="checkbox"/> espesso <input type="checkbox"/> sanguinolento <input type="checkbox"/>
Gástricas	Náuseas e Vômitos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

### Integridade Física

Lesões: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
--

### Regulações

Temperatura	T	°C		
Pressão arterial	PA	mmHg	P	bpm
Neurológica	Tontura <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Cefaléia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Distúrbios Visuais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
	Convulsões <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Alteração de conduta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Eletrólítica	Edemas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Locais: <input type="checkbox"/>		

### Integridade Cutânea Mucosa

Mamilo:	Protuso <input type="checkbox"/>	Plano <input type="checkbox"/>	Invertido <input type="checkbox"/>	Pseudo Invertido <input type="checkbox"/>	Semi Protuso <input type="checkbox"/>
Rede de Haller:	Presente <input type="checkbox"/>	Ausente <input type="checkbox"/>	Tubérculos de Montgomery:	Presente <input type="checkbox"/>	Ausente <input type="checkbox"/>
Colostro:	Presente <input type="checkbox"/>	Ausente <input type="checkbox"/>			
Inspeção	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Local: <input type="checkbox"/>		
Palpação	Forma: Globoso <input type="checkbox"/> Ovóide <input type="checkbox"/> Pêndulo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>				
	Altura Uterina: <input type="checkbox"/> cm				
	Situação: Longitudinal <input type="checkbox"/> Obliqua <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Posição: Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/>				
	Apresentação: Alta e móvel <input type="checkbox"/> Insinuada <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Cômica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/>				
Foco: QSD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/>	BCF: <input type="checkbox"/>	bpm			
Dinâmica Uterina:					
Colorido	Colo: Fino <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grosso <input type="checkbox"/>	Pérvio p/ <input type="checkbox"/> cm			
Forma	Polo Cefálico <input type="checkbox"/> Pélvico <input type="checkbox"/>	Plano de De Lee <input type="checkbox"/>			
Alterações:					

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA DE ENFERMAGEM Serviço de Obstetrícia

Fonte: ☐ Registro: ☐

**1.7. Cuidado Corporal**Condições de higiene: Boas ☐ Regulares ☐ Péssimas ☐ Realizou tricotomia perineal : Sim ☐ Não ☐**18. Percepção Dolorosa**Dor epigástrica : sim ☐ não ☐ . Outros:**1.9. Terapêutica**Apresenta Alergia a medicamentos: sim ☐ não ☐ Quais:

Rede venosa:

Musculatura:

Tratamento Prescrito:

Uso de drogas/ Alcoolismo sim ☐ não ☐ Nome: Período da gravidez:

Grupo Sanguíneo e fator Rh :

Recebeu Imunoglobulina humana após parto : sim ☐ não ☐ Quando:**1.10. Sexualidade**

DUM: / / DPP: / / GESTA: PARA: ABORTO: Mal formados:

Abortamento: Espontâneo ☐ Provocado ☐ Completo ☐ Incompleto ☐ Retido ☐ Infectado ☐

IG : semanas. Data do último parto: / /

Problemas no Aparelho Reprodutor Feminino:

**2. Necessidades Psicossociais e Espirituais****2.1. Educação para Saúde**Pré-Natal: sim ☐ não ☐ nº de consultas:..... Doenças na gravidez : sim ☐ não ☐ Período :Recebeu informações sobre: parto ☐ aleitamento materno ☐ alojamento conjunto ☐ puerpério ☐**2.2. Aceitação, auto estima e realização**Planejou a gravidez sim ☐ não ☐ Depressão pós-parto anterior (es): sim ☐ não ☐Prefende amamentar: sim ☐ não ☐ Porque não: Amamentou o último filho ☐ Quantos meses:Deseja Acompanhante no C.O.: sim ☐ não ☐ no A.C./ GINECO: sim ☐ não ☐

Nome e grau de parentesco do familiar :

**2.4. Outros**

Enfermeiro:

DATA: / /

**1.10.1 Parto**

Data e hora do parto: / / às h.

Tipo	Normal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/> Episiotomia: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Laceração : 1º grau <input type="checkbox"/> 2 Grau <input type="checkbox"/> 3º grau <input type="checkbox"/> Período expulsivo prolongado sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Circular de cordão <input type="checkbox"/> quantas:
	Cirúrgico <input type="checkbox"/> Pfannenstiel <input type="checkbox"/> Küstner <input type="checkbox"/>

Gemelar ☐ FM ☐ . Intercorrências durante o parto:

Dequitação	min. após o parto	Mecanismo: B. Shultz <input type="checkbox"/> B. Duncan <input type="checkbox"/> Extração Manual <input type="checkbox"/>
	Curagem <input type="checkbox"/> Curetagem <input type="checkbox"/> Placenta Inteira: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sinais de Infecção Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Peso: g. Cordão Umbilical: cm. Inserção: central <input type="checkbox"/> paracentral <input type="checkbox"/> periférica <input type="checkbox"/>	

Período de Greenberg	Globo de segurança de Pinard formado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	T= °C PA: mmHg P= bpm R= mm
	Sangramento: normal <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> Útero: retraído <input type="checkbox"/> atonia <input type="checkbox"/>
	Localização do útero em relação à cicatriz umbilical: ao nível <input type="checkbox"/> acima <input type="checkbox"/> abaixo <input type="checkbox"/>
	RN colocado para mamar na sala de parto: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sugou o seio: sim <input type="checkbox"/> Condições da mamada: não <input type="checkbox"/> porque:

Outros:

RN: Peso g Sexo: F ☐ M ☐ Apgar: ( 1' ) = ( 5' ) =

Parto atendido por :

Neonatologista:

Enfermeiro:

Data:

Hora:



[illegible]





## PREScrição DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTE

CUIDADOS	HORÁRIO	DATA/HORA ASSINATURA
<b>DILATAÇÃO</b>		
1. Encaminhar e/ou auxiliar no banho.		
2. Estimular higiene oral.		
3. Verificar sinais vitais.		
4. Estimular deambulação.		
5. Manter repouso relativo/absoluto no leito.		
6. Levar a cliente e acompanhante p/ conhecer a sala de parto.		
7. Orientar permanência em DLE no leito e explicar a importância.		
8. Orientar cliente quanto a respiração - Durante as contrações: Superficial e rápida / intervalo das contrações: ritmo normal		
9. Supervisionar a dieta zero.		
10. Oferecer gaze embebida em água, para umedecer os lábios.		
11. Orientar a troca de perineais e anotar características da secreção.		
12. Estimular a micção espontânea.		
13. Observar formação de globo vesical.		
14. Estimular acompanhante a participar dos cuidados prestados à cliente.		
15. Comunicar os sinais de PERIGO neste período: (Hipertonia uterina, sangramento vaginal aumentado, distúrbios visuais, tontura, dor epigástrica, cefaléia, alteração de conduta, distensão do segmento inferior e outros).		
16. Comunicar os Sinais de PERÍODO EXPULSIVO: (abaulamento do períneo com protusão do ânus, coroamento da apresentação puxos e sensação de evacuação).		
17. Realizar cuidados de pré-operatório.		
18. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
19.		
<b>EXPULSAO/DEQUITAÇÃO</b>		
1. Elogiar os esforços da cliente e apontar seus progressos.		
2. Prestar assistência de enfermagem relativa a ROTINA DO PERÍODO EXPULSIVO E DEQUITAÇÃO.		
3. Verificar PA e P após dequitação 15/15 min.		
4. Coletar sangue do Cordão umbilical		
<b>GREENBERG</b>		
1. Observar involução uterina.		
2. Observar formação do globo de segurança de Pinard.		
3. Controlar sangramento vaginal.		
4. Controlar sinais vitais (15/15min.).		
5. Observar nível de consciência.		
6. Incentivar a amamentação.		
7. Propiciar ambiente tranquilo para promover a internação precoce MÃE-RN-PAI.		
8. Estar alerta para sinais de PERIGO neste período (sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de volume (atonía), sudorese, hipotensão taquifigmia e alteração de conduta.		
9. Observar sangramento na incisão cirúrgica e fazer troca curativo, s/n.		
10. Preencher o ÍNDICE de ALDRETTE.		
11. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
12.		
13.		
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA PRESCRIÇÃO	CLIENTE:  REGISTRO:	



ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO

RN de \_\_\_\_\_ Reg.: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DA MÃE:

Idade:	anos	Cor:	Estado Civil:			
Domicílio:						
Tipo e Rh:		Coombs indireto:	Data:	Tipo e Rh do pai:		
GESTA:	PARA:	CES:	ABORTO:	DUM: / /		
IGO (DUM):	sem.	dias	IG (US c/	sem.):	sem.	dias
Pré-natal:		consultas	Local:			
Intercorrências na gestação:						
Ultra-som:						
VDRL: 1º		2º	3º	Toxoplasmose: IgG: IgM:		
Data:		Data:	Data:	Data:		
Anti-HIV:		HbSAg:		Rubéola: IgG: IgM:		
Data:		Data:		Data:		
Outras:						
Tabagismo: Sim ( ) Não: ( )		Etilismo: Sim ( ) Não ( )		Duração aleitamento anterior:		
Quantos:		cigarros/dia				

NASCIMENTO ATUAL:

Data:	Hora:	Tipo:	Apresentação:	
Indicação da cesárea				
Anestesia:		Amniorrexe:	Provocada ( )	Espontânea ( )
Bolsa rota dia:	Hora:		horas antes do parto	
Características do líquido:				
Complicações:				

RECÉM-NASCIDO:

APGAR: 1º min.: 3º min.: 5º min.: 10º min.:				
Peso: g	Comp: cm	PC: cm	Sexo:	Cor:
Capurro (somático): sem. dias			Ballard: sem. dias	
Atendimento ao recém-nascido:				
Exame físico: ( ) Aspecto geral (cor, tônus, edema, nutrição) ( ) Pele ( ) Cabeça e pescoço ( ) Olhos ( ) Ouvido, nariz, boca ( ) Tórax ( ) Pulmões ( ) Coração ( ) Abdome ( ) Genitália ( ) Tronco e coluna ( ) Membros ( ) Clavículas ( ) Ortolani ( ) Ânus Normal ( O ) ( ) Reflexos Anormal ( X ) ( ) Coto umbilical			Quanto tempo o RN ficou com a mãe na sala de parto?	
			Descrição de alterações no exame:	
Diagnóstico:				
Conduta:				
Data: Hora:				
Médico: CRM:				
TIPO: Rh: CD:				



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA O RN

<b>I. Identificação do RN</b>			
Data e Hora do Nascimento:     /     /     às     horas.			
Tipo de Parto: Normal : Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> <b>GEMELAR</b> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/>			
Cor:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Posição da Família:	filho     Peso:     g
Estatura:     cm.	Perímetros: Cefálico     cm.	Torácico     cm.	Abdominal     cm.
APGAR 1º     5º	Idade gestacional pelo Método Capurro:		
Encaminhado para: Alojamento Conjunto : <input type="checkbox"/> Neonatologia : <input type="checkbox"/>			
<b>Dados Maternos:</b>			
Idade:		Religião:	Profissão:
Estado Civil: Casada <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/>		Escolaridade:	
Endereço:			
Telefone para contato:			
<b>II. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas</b>			
<b>1. Necessidades Psicobiológicas</b>			
<b>1.1. Oxigenação</b>			
FR:     mm. Características: eupnéico <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Tiragens <input type="checkbox"/>			
Coloração da pele: Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Rosada com as extremidades cianóticas <input type="checkbox"/>			
Avermelhada <input type="checkbox"/> Respiração: espontânea <input type="checkbox"/> mecânica <input type="checkbox"/>			
Oxigenioterapia .. Máscara <input type="checkbox"/> Tubo orotraqueal com ambú <input type="checkbox"/>			
<b>1.2. Hidratação e Alimentação</b>			
Horário/local da 1º Mamada:			
Força de sucção: Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Não suga <input type="checkbox"/>			
Pega da aréola: completa <input type="checkbox"/> incompleta <input type="checkbox"/> não apreende <input type="checkbox"/>			
<b>1.3. Eliminação</b>			
Vesical: micção espontânea <input type="checkbox"/> . Frequência/Característica :			
Intestinal: Frequência/Característica:			
Gástrica: Aspiração por sonda nasogástrica: Líquido claro <input type="checkbox"/> meconial <input type="checkbox"/> sangüinolento <input type="checkbox"/> .			
Leite Materno <input type="checkbox"/> Volume:     ml. Realizado lavado gástrico com     ml de SF			
Vômitos <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Salivação excessiva <input type="checkbox"/>			
<b>1.4. Integridade Física</b>			
RN anatomicamente perfeito <input type="checkbox"/> Mal formação congênita: Imperfuração anal <input type="checkbox"/>			
Fenda palatina <input type="checkbox"/> Lábio leporino <input type="checkbox"/> Atresia de esôfago <input type="checkbox"/> Deformidade de membros <input type="checkbox"/>			
Outros:			

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIRETORIA DE ENFERMAGEM  
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA

RN de

REGISTRO:

## 1.5. Regulacões

Térmica T <sup>0</sup>C. Sinais de hipotermia ☐

Vascular	FC	bpm	Parada Cardiorespiratória <input type="checkbox"/> Tempo de reanimação:
----------	----	-----	---

Neurológica: Estados de sono e vigília: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Hidroeletrolítica: Ingurgitamento das mamas ☐ Edema escrotal ☐ Vulvar ☐

Hormonal: Sinais de hipoglicemia ☐ Eliminação de secreção: vaginal ☐

Eliminação de secreção: vaginal ☐

Mamilar ☐ Característica: Esbranquiçada ☐ Sangüinolenta ☐

## 16. Integridade Cutânea Mucosa

Coto Umbilical: Clampeado ☐ Cateterizado ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Pele: Vénix caseoso ☐ lanugem ☐ Miliun sebáceo ☐ Descamação fisiológica ☐

Mancha mongólica ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Presença de : Bossa ☐ Cefalohematoma ☐

## 1.7. Terapêutica

Administrado Kanakion IM ☐ realizado credê ☐ ~~Hidratação por cateterismo umbilical~~ ☐

Acesso venoso periférico : Bom ☒ Regular ☐ Péssimo ☐

Condições da Massa Muscular e tecido Subcutâneo : Bom ☒ Regular ☐ Escassa ☐

Realizado coleta de sangue do cordão: sim ☐ não ☐

Controle de hemoglicoteste : sim ☐ não ☐

Outras medicações:

Parto atendido por:	Neonatalogista:
---------------------	-----------------

Neonatologista:

Enfermeiro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Data:	Hora:
-------	-------

Hora:

1.10 Datos para la Neonatología

Hora da entrada do RN na neonatologia:

Motivo da internação:

Condições de chegada do RN:

Enfermeiro:	Data:	Hora:
-------------	-------	-------

Data: Hora:

**Hora:**

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O RN

PROBLEMA Nº 1	DATA / /	DATA / /	DATA / /
	HORA:	HORA:	HORA:
01. Verificar R, FC, R, T			
02. Pesar			
03. Dar banho de imersão usando sabonete neutro			
04. Aplicar álcool a 70% no coto umbilical 3 vezes ao dia e após cada troca de fralda - anotar característica			
05. Registrar frequência e característica de diurese, evacuações			
06. Registrar frequência, duração das mamadas, poder de sucção e pega da aréola.			
07. Observar e registrar alterações respiratórias e sintomas de hipoglicemia.			
08. Manter RN agasalhado de acordo com a temperatura ambiente e registrar sinais de hipotermia.			
09. Manter o RN em DLD após as mamadas.			
10. Anotar surgimento e evolução de icterícia.			
11. Manter cuidados com RN em fototerapia.			
12. Orientar, envolver a puérpera e acompanhá-la em todos os cuidados prestados ao RN.			
13. Favorecer o contato RN - MÃE - PAI.			

ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PRESCRIÇÃO

CLIENTE:

REGISTRO:

Q/L:







UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CONTROLE DE SALA DE  
RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ADMISSÃO

DATA:	HORÁRIO:	SEXO:	IDADE:	CATEGORIA:
CIRURGIA REALIZADA:				
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:				
TIPO DE ANESTESIA:				
ANESTESISTA:		CIRURGIÃO:		
ORIGEM DO PACIENTE:				

ÍNDICE DE ALDRETTE

TIPO	PONTOS	CRITÉRIOS	CHEG.	30'	60'	90'	120'	150'	180'	210'
ATIVIDADE	2	MOVIM. COMANDO 4 EXTREM.								
	1	MOVIM. COMANDO 2 EXTREM.								
	0	MOVIM. COMANDO 0 EXTREM.								
RESPIRAÇÃO	2	RESP. PROFUNDA — TOSSE								
	1	VOL. CORRENTE LIMIT. — DISPNEIA								
	0	APNEIA								
CIRCULAÇÃO	2	P.A. 20% DA PRÉ-ANESTÉSICA								
	1	P.A. 20-50% DA PRÉ-ANEST.								
	0	P.A. 50% DA PRÉ-ANEST.								
CONSCIENCIA	2	TOTALMENTE ACORDADO								
	1	ACORDADO AO COMANDO								
	0	SEM RESPOSTA								
COLORAÇÃO	2	ROSADO								
	1	PÁLIDO - MANCHADO								
	0	CIANÓTICO								
TOTAL	10									

ALTA DA SRPA

HORÁRIO:	DESTINO:	RUBRICA ANEST.	RUBRICA ENF.
RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS:			

## CONTROLES


[illegible]

PREScrição DE ENFERMAGEM PARA A PUÉRPERA

Problema Nº 1

CUIDADO	HORÁRIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
1 – Prestar cuidados de Higiene. Leito Banheiro			
2 – Estimular HO.			
3 – Verificar T P R PA.			
4 – Controlar diurese, evacuação, loqueação e anotar características.			
5 – Verificar localização do fundo uterino.			
6 – Estimular e/ou auxiliar higiene perineal com água morna e sabonete neutro.			
7 – Manter cuidados com sonda vesical e fluidoterapia.			
8 – Retirar curativo incisional.			
9 – Anotar características do períneo (episiorrafia) ou incisão abdominal.			
10 – Anotar condições das mamas.			
11 – Anotar queixas de dor ou outros desconfortos.			
12 – Auxiliar e estimular amamentação.			
13 – Orientar e auxiliar nos cuidados com o RN: higiene, coto e termorregulação.			
14 – Favorecer o contato MÃE - RN - PAI.			
15 – Orientar e envolver o acompanhante nos cuidados prestados à puérpera.			
16 – Fazer banho com raios infravermelhos. (no mamilo)  (no períneo)	Tempo: D ( ) E ( )	Tempo: D ( ) E ( )	Tempo: D ( ) E ( )
	Tempo:	Tempo:	Tempo:
17 – Aplicar luva com água gelada no períneo.			

ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA →			
------------------------------------	--	--	--

 <div>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA DE ENFERMAGEM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA</div>	CLIENTE:  REGISTRO:  Q/L:
--	---------------------------------------

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

PROBLEMA Nº 01		HORÁRIO	
CUIDADOS	DATA	DATA	
	/ /	/ /	
01. Dar/auxiliar/encaminhar c/ou auxiliar no banho (leito/chuveiro).			
02. Estimular/auxiliar na higiene oral.			
03. Verificar Sinais Vitais.			
04. Verificar BCF e presença.			
05. Controlar/registrar características da diurese/expectoração.			
06. Oferecer forro perineal ESTÉRIL/absorvente.			
07. Estimular ingestão hídrica/alimentar/exercícios respiratórios.			
08. Manter repouso relativo/absoluto no leito.			
09. Manter cuidados com fluidoterapia/drenos/SVD/SNG.			
10. Manter cuidados com clientes de RISCO e/ou politransfundido			
11. Manter/orientar permanência em DLE quando no leito.			
12. Comunicar sinais de PERIGO (hipertonia uterina, distúrbios visuais, contusão, cefaléia, dor epigástrica, alteração de conduta, distensão do segmento inferior).			
13. Preparar cliente para 1º/ 2º/ 3º dia de indução / curetagem uterina / cesária.			
14. Registrar presença de: náuseas, vômitos, aceitação, aceitação alimentar, dor e/ou desconforto, disúria, polaciúria, oligúria, anúria.			
15. Observar e reg.: perdas vaginais, sinais e sintomas de hipo / hiperglicemia.			
16. Observar presença de DU, perda de tampão mucoso e ruptura da bolsa das águas.			
17. Orientar e envolver a cliente – acompanhante nos cuidados prestados / rotina do setor / HU.			
18. Orientar e estimular o aleitamento materno.			
19. Encaminhar ao Serviço de Psicologia/Serviço Social / SND / CIAM.			
20. Pesar de 3/3 dias.			
21. Coletar Urina de 24 horas (PROTEINÚRIA/CLER. DE CREATINA).	D.:	D.:	
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA ⇒			
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  SERVIÇO DE TOCOGINECOLOGIA	CLIENTE:  REGISTRO: Q/L:		

# **PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA CURETAGEM UTERINA / GRAVIDEZ ECTÓPICA**

PROBLEMA Nº 01	HORARIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
<b>CUIDADOS</b>			
01. Dar / auxiliar / encaminhar e / ou auxiliar ao banho ( Leito / Chuveiro)			
02. Estimular / auxiliar a higiene oral			
03. Verificar sinais vitais (rotinas operatória).			
04. Observar/ registrar/ controlar perdas vaginais/ sangramento vaginal			
05. Observar nível de consciência / queixas de dor e/ou desconforto			
06. Oferecer forro perineal / absorvente			
07. Estimular ingestão hídrica / alimentar / exer. resp. / mov. ativos no leito / deambulação			
08. Realizar cuidados pré-operatórios			
09. Realizar cuidados trans-operatórios			
10. Realizar cuidados pós- operatórios			
11. Realizar curativo com SF D:			
12. Controlar e registrar características da diurese/ evacuação/ expectoração			
13. Propiciar ambiente tranquilo e dar apoio emocional			
14. Estar alerta para sinais de PERIGO ( sudorese , palidez , pele fria, hipotensão , taquifigmia e alteração de conduta)			
15. Manter cuidados com fluidoterapia /SVD / SNG. D:			
16. Manter cuidados com clientes de RISCO e/ou portransfundido			
17. Manter repouso relativo/ absoluto no leito			
18. Manter mamas enfiadas			
19. Aplicar bolsa de gelo em mamas 3 x /dia			
20. Preencher INDICE DE ALDRETTE			
21. Orientar cuidados pré/ trans e pós- operatórios			
22. Orientar / envolver a cliente e acompanhante nos cuidados / rotinas do setor e do H.U.			
23. Encaminhar para o Serviço de Psicologia / Serviço Social / SND / CLAM.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA =			

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DIRETORIA DE ENFERMAGEM

SERVIÇO DE TOCOGINECOLOGIA

CLIENTE:

REGISTRO:

Q/L:

## **ANEXO F**

### **Orientações para os acompanhantes**

**AUTORIZAÇÃO**

O paciente \_\_\_\_\_  
do quarto nº \_\_\_\_\_ leito \_\_\_\_\_,  
localizado no \_\_\_\_\_ andar,  
tem autorização para permanecer com OI (um)  
acompanhante no período de \_\_\_\_\_  
das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.  
Fpolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Responsável

Obs: sempre que entrar no Hospital Universi-  
tário, o acompanhante deverá apresentar esta  
autorização na recepção do Hospital.

**A C O M P A N H A N T E S**  
**O R I E N T A Ç Õ E S P A R A**

**“Sua ajuda é importante para o  
restabelecimento do paciente.”**

**Ajude-nos a ajudá-lo.**



Elaborado e reestruturado por:  
Enfa. Maria Terezinha Honorio e  
Enfa. Marcia Binder Neis,  
com colaboração dos servidores da Unidade  
de Internação Cirúrgica I e II.

Novembro/95

*A comunicação é difícil  
em todos os hospitais.*

*O acompanhante pode  
facilitá-la, de modo informa-  
tivo e afetivo, ligando mais o  
paciente com a equipe de en-  
fermagem.*

(José Paulo Drummond)



*O Hospital Universitário (HU) pertence à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e tem como objetivo cuidar da saúde da população e formar profissionais da área.*

*Estas orientações são para facilitar a comunicação, auxiliar na recuperação do seu ente querido, respeitar a doença dos outros pacientes e ajudar-nos a prestar uma assistência de qualidade.*

### INFORMAÇÕES GERAIS

**01.** É de competência do enfermeiro da seção **autorizar**, suspender ou ampliar o tempo de permanência do **acompanhante** (um por vez), podendo ser **familiar ou amigo**.

Dar-se-á preferência para acompanhantes do mesmo sexo do paciente internado, evitando-se assim, quaisquer constrangimentos aos demais pacientes que estiverem no mesmo quarto.

**02.** O **horário de permanência** será determinado pelo enfermeiro.

**03.** O Hospital Universitário não dispõe de acomodações para acompanhante, podendo ser oferecido, quando disponível, uma poltrona para descanso.

**04.** A permanência de um acompanhante resultará do auxílio que ele prestar ao seu familiar ou amigo, dando-lhe apoio psicológico, ajudando-o na higiene, conforto, refeições, locomoção e eliminações.

**05.** Fale baixo no quarto.

**06.** Utilize, se **necessário**, o chuveiro e sanitário do quarto (se você for do mesmo sexo do paciente), quando este estiver disponível.

**07.** Para **contatos telefônicos**, use o telefone público localizado no corredor, ao lado do elevador.

O telefone da clínica é de uso exclusivo do serviço.

Não será chamado acompanhante para atender telefonemas.

As informações sobre o estado de saúde dos pacientes serão fornecidas pela enfermagem.

**08.** Se você for carente de recursos, dirija-se ao Serviço Social pleiteando refeições no hospital.

**09.** É **expressamente proibido** fumar dentro do hospital.

**10.** Somente a **nutricionista** poderá autorizar a entrada de **alimentação extra para o paciente**.

**11.** Procure **trajar-se adequadamente** para um ambiente hospitalar

**12.** Informações sobre o diagnóstico e tratamento do paciente deverão ser obtidas diretamente com o médico e repassadas para os demais familiares.



## **ANEXO G**

### **Certificados**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

## CERTIFICADO

Certificamos que *Cassiane de Campos Rossi* participou como participante do PROGRAMA DO "16º CURSO DE MANEJO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU/UFSC no período de 29 a 30 de abril de 2004 com a carga horária de 18:00

Programa: Métodos e atividades didáticas. Dez passos para o sucesso do aleitamento. Incentivo ao aleitamento materno em Santa Catarina. Aleitamento materno e sobrevivência infantil. Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante seis meses. Partes da mama envolvidas na lactação. Promovendo o aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento do bebê. O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce. Ajudando as mães com as primeiras mamadas. Eliminando práticas prejudiciais ao aleitamento materno. Posições para o aleitamento materno/Posição de bailarina. Problemas tardios nas mamas. Preparando as mães para o aleitamento no lar. Examinando as mamas e mamilos da mãe. O bebê que não consegue pegar a aréola adequadamente. Retirando e armazenando o leite materno retirado. Mantendo a lactação apesar de uma possível separação mãe e filho. Tornando a sua comunidade amiga da criança. Baixa produção de leite ou falta de autoconfiança. Tornando seu Hospital Amigo da Criança.

Florianópolis, 30 de abril de 2004

*Paulo Cesar Trevisol Bittencourt*  
Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt  
Professor do Departamento de Nutrição e Alimentação  
Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC  
Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt  
Presidente do Centro de Estudos

CES/HU

Reg. n.º 036

Livro n.º 006

Fla. n.º 066

*Jacen*  
Visto




SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
CEP: 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
TELEFONE: (48) 331-9000 - TELEFAX: (48) 234-4069

## CERTIFICADO

Certificamos que *Risula Andrade* participou como participante do PROGRAMA DO "16º CURSO DE MANEJO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU/UFSC no período de 29 a 30 de abril de 2004 com a carga horária de 18:00 horas.

Programa: Métodos e atividades didáticas. Dez passos para o sucesso do aleitamento. Incentivo ao aleitamento materno em Santa Catarina. Aleitamento materno e sobrevivência infantil. Benefícios do aleitamento materno exclusivo durante seis meses. Partes da mama envolvidas na lactação. *Promovendo o aleitamento materno durante a gravidez e após o nascimento do bebê.* O manejo para apoiar a prática do aleitamento precoce. Ajudando as mães com as primeiras mamadas. Eliminando práticas prejudiciais ao aleitamento materno. Posições para o aleitamento materno/Posição de bailarina. Problemas tardios nas mamas. Preparando as mães para o aleitamento no lar. Examinando as mamas e mamilos da mãe. O bebê que não consegue pegar a aréola adequadamente. Retirando e armazenando o leite materno retirado. Mantendo a lactação apesar de uma possível separação mãe e filho. Tornando a sua comunidade amiga da criança. Baixa produção de leite ou falta de autoconfiança. Tornando seu Hospital Amigo da Criança.

Florianópolis, 30 de abril de 2004

  
Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt  
Professor de Neurologia - [www.neurologia.ufsc.br](http://www.neurologia.ufsc.br)  
Presidente do Centro de Estudos

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt  
Presidente do Centro de Estudos

CES/HU

Reg. n°. 138

Livro n°. 006

Fls. n°. 070

  
Visto

ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA

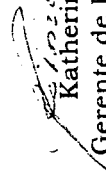
**ATESTADO**

Atestamos que,


Caroline de Camargo Rossi

participou do **I Encontro Estadual sobre Mortalidade Materna**, realizado no dia 28 de maio de 2004 com carga horária de 8 horas, em Florianópolis - SC.


Florianópolis, 28 de maio de 2004.

  
Katherine Beck Guerra Machado  
Gerente de Programas Assistenciais



  
Haimee E. Lentz Martins  
Presidente do Comitê de Mortalidade  
Materna



  
Roberto Hess de Souza  
Diretor de Ações de Saúde



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA.

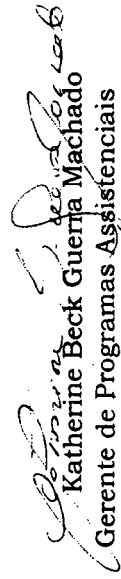
**ATESTADO**

Atestamos que,

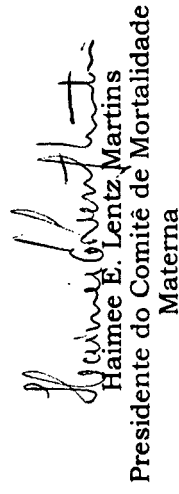
Priscila Andrade

participou do **I Encontro Estadual sobre Mortalidade Materna**, realizado no dia 28 de maio de 2004 com carga horária de 8 horas, em Florianópolis - SC.

Florianópolis, 28 de maio de 2004.

  
Katherine Beck Guerra Machado  
Gerente de Programas Assistenciais



  
Haimee E. Lentz Martins  
Presidente do Comitê de Mortalidade Materna



Roberto Hess de Souza  
Diretor de Ações de Saúde



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA

**ATESTADO**

Atestamos que,

*Cassiane de Campos Rossi*

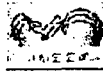
participou como monitora do **I Encontro Estadual sobre Mortalidade Materna**, realizado no dia  
28 de maio de 2004 com carga horária de 8 horas, em Florianópolis - SC.

Florianópolis, 28 de maio de 2004.

Katherine Beck Guerra Machado  
Gerente de Programas Assistenciais



*Haimée E. Bentz Martins*  
Haimée E. Bentz Martins  
Presidente do Comitê de Mortalidade  
Materna



Roberto Hess de Souza  
Diretor de Ações de Saúde



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA

**ATESTADO**

Atestamos que,

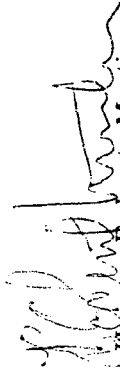
*Priscila Andrade*

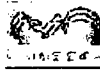
participou como monitora do **I Encontro Estadual sobre Mortalidade Materna**, realizado no dia  
28 de maio de 2004 com carga horária de 8 horas, em Florianópolis - SC.

Florianópolis, 28 de maio de 2004.

  
Katherine Beck Guerra Machado  
Gerente de Programas Assistenciais



  
Haimee B. Lentz Martins  
Presidente do Comitê de Mortalidade  
Materna



Roberto Hess de Souza  
Diretor de Ações de Saúde





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente relatório alcançou objetivos propostos. O tema é relevante, e apresenta valiosa contribuição para o cuidado com o pai no processo do nascimento. Também leva o profissional a refletir sobre sua prática. Apresenta articulação teórico-prática, contribuindo para outros estudos.

8 de julho de 02/07/04

M. Augusto



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - CRF (SC) : 2053

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

88040-970 FLORIANÓPOLIS - SC FONE: (048) - 37211-9135 ou 3721-9113

Responsável Técnico - CRF (SC): 2122 Mário Roberto Müller

Paciente: <b>JERUSA MENDES</b>	Idade	Sexo	Prontuário / Registro: <b>347859 /</b>
Data Entrada: <b>03-04-2008 09:35</b>	<b>25 a 10 m</b>	<b>F</b>	Cadastro no Laboratório: <b>2008028184</b>
Unidade: <b>Ambulatório</b>	Médico Dr(a): <b>MAIQUEL DA SILVA PAZ</b>		

Exame: **BETA HCG**Material: **SORO**

Metodo:

Resultado

Valores de Referência

Amostra (1)

Resultado:..... : **Negativo**

Mulheres gestantes : Positivo

Mulheres não gestantes : Negativo

Sensibilidade do teste: 20 mUI/ml

Conferido e liberado por:

Lorena Niederauer

CRF (SC): 1014

Data: 03-04-2008

UFSC - HU - NPD

Pagina:

1